COORDONAREA VOLUMULUI

MICHÈLE MONTREUIL

JACK DORON

TRATAT DE PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOPATOLOGIE

Sub direcţia lui

ŞERBAN IONESCU

şi

ALAIN BLANCHET

3

TREI

III 39.471

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBL. CENTR. UNIV
"M EMINESCU" IASI
III 39.471

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Sub direcția lui
ȘERBAN IONESCU
și
ALAIN BLANCHET

573189

Tratat de psihologie clinică și psihopatologie

Volum coordonat de
Michèle Montreuil
și
Jack Doron

Traducere din franceză de
Aliza Peltier

ALE
3
TREI

466741
B.C.U. IAȘI

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL
Magdalena Mărculescu

COPERTA
Faber Studio (S. Olteanu, A. Rădulescu, D. Dumbrăvician)

DIRECTOR PRODUCȚIE
Cristian Claudiu Coban

DTP
Victoria Gârlan

CORECTORI
Elena Bițu
Eugenia Ursu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
IONESCU, ȘERBAN
Tratat de psihologie clinică și psihopatologie / Șerban Ionescu și Alain Blanchet ; trad.: Aliza Peltier. - București : Editura Trei, 2009
Bibliogr.
Index
ISBN 978-973-707-251-1

I. Ionescu, Șerban
II. Blanchet, Alain
III. Peltier, Aliza (trad.)

159.9:616
615.851

Această carte a fost tradusă după:
Psychologie clinique et psychopathologie.
Volume coordonné par Michéle Montreuil et Jack Doron

Copyright © Presses Universitaires de France, 2006
6, avenue Reille, 75014 Paris

Copyright © Editura Trei, 2009
pentru ediția în limba română

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-251-1

14 IUL 2010

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuprins

Lista autorilor 18

Cuvânt înainte 19

Introducere
Psihologia clinică și psihopatologică:
o indispensabilă abordare multidimensională 21

Prima parte
Istorie și baze

1. Istorie, teorii și metode de Jack Doron și Jean-Louis Pedinielli 25

A. Istoria psihologiei clinice, de Jack Doron 25
I. Crearea conceptului de psihologie clinică 25
II. Un somn îndelungat 26
III. Nașterea psihologiei clinice franceze 27

B. Teoria și metodologia psihologiei clinice,
de Jean-Louis Pedinielli 29
I. Studiul de caz 30
II. Consultația 33
III. Testele și scalele 35
IV. Observația clinică 37

C. Teoriile, de Jean-Louis Pedinielli 39
I. Psihanaliza 39
II. Fenomenologia 40

D. Psihologie clinică și psihopatologie, de Jack Doron 41
I. Practici clinici, practici de cercetare 42
II. Psihopatologie și epidemiologie 42
a. Normalitate și patologie 42
b. Stabilitate, instabilitate a simptomelor, comorbiditate 43
c. Interacțiuni biozpsihosociale 44
III. Diagnostice descriptive și modele psihopatologice 45

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

E. Concluzie, de Jack Doron 45
I. Existență, suferință 45
II. Subiect, etică 46
III. Pentru o renaștere a psihologiei clinice 47

2. Bazele teoretice ale psihologiei clinice și psihopatologiei de Monique Plaza și Henri Cohen 50

A. Puțină istorie 51
B. Psihologia clinică și demersul diagnostic 56
I. Practica nuanțată a testelor 56
II. Disfuncții elementare, tulburări complexe 57
III. Analiza interacțiunilor și feedbackurilor în anamneză 58
IV. Noțiunea de psihopatologie secundară 62
C. Psihologia clinică și psihopatologia 64
I. Modelul biomedical 65
II. Modelul psihanalitic 67
III. Modelul behaviorist 70
IV. Modelul cognitivist 72
V. Modelul sistemic 73
VI. Modelul umanist 74
D. Spre o abordare integrativă 79
I. Exemplul dislexiei 79
II. Cogniție, emoții și neuroștiințe 85

Partea a doua
Psihopatologie generală

3. Tulburările de dezvoltare la copil
de Colette Jourdan-Ionescu și Serban Ionescu 91

Prolegomene la o psihopatologie a copilului 91

A. Tulburările dezvoltării în marile clasificări internaționale 94
B. Tulburările specifice ale dezvoltării vorbirii și limbajului (ICD) sau tulburările comunicării (DSM) sau tulburarea vorbirii și limbajului (CFTMEA) 97
I. Tulburări specifice ale achiziției articulării (ICD) sau tulburări fonologice (DSM) sau tulburare izolată a articulării (CFTMEA) 98
a. Semeiologie 98
b. Epidemiologie 98

BCU IAȘI - CENTRALĂ UNIVERSITARĂ LIBRARY

c. Etiologie 98
d. Tratament 99

II. Tulburări ale achiziției limbajului
de tip expresiv (ICD și DSM)
sau retard al vorbirii (CFTMEA) 99

a. Semeiologie 99
b. Epidemiologie 99
c. Etiologie 100
d. Diagnostic diferențial 100

III. Tulburări ale achiziției limbajului de tip receptiv (ICD) și
tulburare a limbajului
de tip mixt receptiv-expresiv (DSM)
sau disfazie (CFTMEA) 100

a. Semeiologie 100
b. Epidemiologie 101
c. Etiologia (tulburării de tip mixt receptiv-expresiv) 101
d. Diagnostic diferențial 101

IV. Afazie dobândită
cu epilepsie (sindrom Landau-Kleffner) (ICD)
sau afazie dobândită cu epilepsie (CFTMEA) 101

a. Semeiologie 101
b. Epidemiologie 102
c. Etiologie 102
d. Evoluție 102

V. Alte tulburări ale dezvoltării vorbirii și limbajului (ICD și
CFTMEA) 102

VI. Mutism electiv (ICD),
mutism selectiv (DSM și CFTMEA) 103

a. Semeiologie 103
b. Epidemiologie 103
c. Diagnostic diferențial 103

VII. Balbism 104

a. Semeiologie 104
b. Epidemiologie 105
c. Etiologie 105
d. Diagnostic diferențial 105
e. Tratament 105
f. Evoluție 105

C. Tulburările specifice ale achizițiilor școlare (ICD)
sau tulburări ale învățării (DSM) 106

a. Semeiologie 106
b. Epidemiologie 107

c. Etiologia tulburărilor învățării....107
d. Diagnosticul diferențial....107
e. Tratament....108
f. Evoluție....108

II. Tulburare specifică a citirii (ICD), tulburare a citirii (DSM) sau tulburare lexicografică cu dislexie izolată (CFTMEA)....108

a. Semeiologie....109
b. Epidemiologie....109
c. Etiologie....110
d. Tratament și evoluție....111

III. Tulburare specifică de aritmetică (sau de calcul, de învățare a matematicii sau discalculie) (ICD și CFTMEA), tulburare de calcul (DSM)....111

a. Semeiologie....111
b. Epidemiologie....112

IV. Tulburare de ortografie (sau a expresiei scrise sau disortografie) (ICD), tulburare a expresiei scrise (DSM) sau tulburare de ortografie fără tulburare de citire (CFTMEA)....112

a. Semeiologie....112
b. Epidemiologie....113
c. Tratament....113
d. Evoluție....113

D. Tulburare specifică a dezvoltării motorii (ICD), tulburare a achiziției coordonării (ICD)sau retard psihomotor (tulburări specifice ale dezvoltării motorii) (CFTMEA)....113

a. Semeiologie....114
b. Epidemiologie....115
c. Tratament....115
d. Evoluție....115

I. Autism infantil (ICD) sau tulburare autistă (DSM) sau autism infantil precoce — tip Kanner (CFTMEA)....116

a. Semeiologie....116
b. Epidemiologie....118
c. Etiologie....118
d. Diagnostic diferențial....119
e. Evoluție....120

II. Autism atipic (ICD) sau alte forme de autism (CFTMEA)....120

III. Sindrom Rett (ICD și DSM) sau tulburare dezintegrativă a copilăriei (CFTMEA85)....121

a. Semeiologie....121

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

b. Epidemiologie 121
c. Etiologie 121
d. Evoluție 122

IV. Altă tulburare dezintegrativă a copilăriei (sindrom Heller sau demență infantilă, psihoză dezintegrativă, psihoză simbiotică) (ICD), tulburare dezintegrativă a copilăriei (DSM și CFTMEA) 122
a. Semeiologie 122
b. Epidemiologie 122
c. Etiologie 122

V. Sindromul Asperger 123
a. Semeiologie 123
b. Epidemiologie 123
c. Etiologie 124
d. Diagnostic diferențial 124
e. Evoluție 124

F. Retard mental (ICD și DSM), deficiență mentală (CFTMEA) 124
a. Semeiologie 125
b. Epidemiologie 126
c. Etiologie 127
d. Diagnostic diferențial 131
e. Intervenție 132

G. Retard mental cu tulburări de comportament semnificative care necesită o supraveghere sau un tratament + un cod eventual pentru tulburarea neurologică (ICD), deficiență cu polihandicap senzorial și/sau motor) 132

H. Tendințele referitoare la tratament 132

4. Semiologia în psihopatologia adultului de Arnaud Plagnol 136

A. Semiologie, psihopatologie și demers clinic 139
I. Descrierea semiologică 140
II. Elemente despre analiza psihopatologică 141
a. Noțiunea de structură 143
b. Semiologie și structură 146
c. Vulnerabilitate și istorie 147
III. Nosografii 148

B. Tulburări psihotice 150
I. Clasificarea sindroamelor delirante 152

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

II. Bufeu delirant acut 154
a. Elemente semiologice 155
b. Problema evoluției 156
III. Schizofrenii 157
a. Semiologia clasică 158
b. Forme de debut 160
c. Forme evolutive 160
IV. Deliruri persistente sistematizate 162
a. Deliruri interpretative (tip paranoic) 163
b. Deliruri imaginative (tip parafrenice) 164
c. Psihoze halucinatorii cronice 164
d. Problema reacțiilor paranoice 165
C. Tulburări afective 165
I. Sindrom depresiv 166
II. Forme clinice ale depresiei 167
III. Sindrom maniacal 168
IV. Sindrom mixt 169
V. Depresii primare 169
VI. Depresii secundare 171
VII. Stări maniacale și stări mixte 172
D. Tulburări nevrotice 173
I. Sindroame anxio-fobice 174
a. Criză de angoasă sau tulburare de panică 174
b. Anxietate generalizată 175
c. Fobii 175
II. Sindroame obsesional-compulsive 177
a. Obsesii și compulsii 177
b. Nevroze obsesionale 178
c. Alte contexte obsesional-compulsive 179
III. Sindroame isterice 179
a. Conversii somatice 180
b. Conversii psihice 181
c. Nevroze isterice 182
d. Alte contexte de sindroame conversive 183
E. Tulburări ale personalității 183
I. Personalitate limită 184
II. Personalitate narcisică 185
III. Personalitate psihopată 186

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

F. Sindroame psihotraumatice 186
I. Sindrom traumatic acut 187
II. Sindrom traumatic persistent 187
III. Reacție traumatică 188
IV. Componentă traumatică 189
G. Concluzii 189

5. Psihopatologia ca proces: vulnerabilitate și reziliență
de Serban Ionescu și Colette Jourdan-Ionescu 191

A. Conceptul de risc 192
B. Risc și vulnerabilitate 193
C. Factori de risc 196
D. Modele explicative 199
E. Evaluarea riscului 202
F. Apariția și evoluția conceptului de reziliență 204
G. Reziliența e rară?
Ce ne învață studiile despre copiii maltratați? 209
H. Factori de protecție 211
I. Conceptul de reziliență „asistată" 217
J. Un tip de intervenție de tip reziliență asistată 218

Partea a treia
Metodologie

6. Tehnicile consultației de Marie-Carmen Castillo 225

Prima parte: definirea consultației clinice, reflecții și folosirea sa 225

A. Introducere 225
B. Două paradoxuri 226
I. Să îndemni la discurs fără să constrângi 226
II. Asimetria 227
C. Diferitele obiective ale consultației clinice 228
I. Consultația clinică 228
II. Consultația de susținere 229
III. Consultația terapeutică 229
IV. Consultația clinică de cercetare 230
V. Ghidul de consultație 231

BCU "I.C. BRĂTIANU" UNIVERSITY LIBRARY

D. Deontologia 232
I. Secret profesional și lucru în echipă 233
II. Dezvăluirea secretului profesional 233
III. Deontologie și cercetare 234

Parteaa doua: tehnicile consultației 235

A. Atitudinile clinicianului 235
I. Ascultarea 235
II. Empatia 236
III. Știința liniștirii 236
IV. Trei modalități de conducere a consultației 237
Consultația directivă 237
Consultațiile semidirecte 237
Consultațiile nondirective 238
B. Stabilirea relației interpersonale în cadrul consultației clinice 239
I. Gestionarea distanței 240
II. Cererea 240
III. Cadrul 241
IV. Definirea obiectivelor, stabilirea unui consemn 243
V. Închiderea unei consultații clinice 244
C. Replicile în consultația clinică 245
I. Funcția replicilor 245
II. Replicile ca martori ai activității inferențiale a clinicianului 246
III. Replicile: co-construcția spațiului discursiv 247
IV. Registrul replicilor 247
V. Formele replicilor 248
a. Replicile directe 249
Întrebările informative 249
Ajutorul dat exprimării 250
Exemplu 250
Cereri de explicitare 250
Întrebări care evaluează credința 251
Interpretările 251
Exemplu 252
b. Replicile indirecte 252
Exemplu 252

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tăcerea 253
Ilustrare 253
VI. Reacțiile pacienților la replici 254
a. Validarea 255
Exemplu 255
b. „Indecidabilitatea" 256
Exemplu 256
c. Nonvalidarea 257

Partea a treia: riscurile consultației 257

A. Relații interpersonale 259
I. Dificultăți de gestionare a distanței 259
II. Proasta gestionare a cadrului 259
III. Excesul de neutralitate 260
B. Formulările neadecvate ale replicilor 261
I. Vocabular complex 261
Exemplu: 261
II. Supraîncărcarea lexicală 261
III. Întrebări inductoare 262
IV. Folosire a unui termen conotat 262
C. Inadvertențele inferențiale 262
I. Selectivitatea informației 263
II. Inadvertențe ale raționamentului clinic 263
III. Iatrogenia în psihopatologie 265
IV. Inadvertențele cercetării 266

Partea a patra: tehnicile de analiză a datelor clinice 267

A. Elaborarea unui dări de seamă clinice 267
B. Analiza de conținut: definiție și metodologie 268
I. Detalierea conținutului unei consultații 269
II. Detalierea formei unei consultații 269
C. Analiza de discurs 269
I. Analiza conversațională 270
II. Analiza de discurs și marcatorii de limbaj 271
a. Articularea textului 272
Exemplu 272
b. Implicarea enunțiativă 273
III. Programele de prelucrare automată a discursurilor 274

BCU "C-tin Brâncuși" UNIVERSITY LIBRARY

Concluzie 275

7. Elaborarea unui proiect de cercetare de Șerban Ionescu 277

A. Cercetare și practică 278
B. Metoda clasică 280
C. Studiul de caz și cercetarea unui caz unic 282
D. Noțiuni de metodologie a cercetării 285
I. Problematica 285
II. Ipotezele 286
III. Alegerea instrumentelor 287
IV. Eșantionarea 288
V. Factori care reduc validitatea unei cercetări 290
VI. Prelucrare a datelor 292
E. Chestiuni de etică 293
În chip de concluzie 295

Partea a patra
Domenii conexe

8. Neuropsihologia clinică de Michèle Montreuil și Muriel Lezak 299

A. Definiție 299
B. Istoria neuropsihologiei 300
I. Curentele teoretice 300
II. Examen și probe neuropsihologice 302
a. Dezvoltarea normală și patologică 302
b. Neurotraumatologia 302
c. Neurochirurgia cu scop terapeutic 303
C. Neuropsihologia clinică, o contribuție contemporană 303
I. Neuropsihologia în câmpul neurologiei 305
II. Evaluarea neuropsihologică în secolul al XXI-lea 307
Desfășurarea unui examen neuropsihologic 307
Obiectivele evaluării 307
Debutul examenului și locul central al consultației clinice 308
Alegerea probelor 310
D. Explorarea neuropsihologică a tulburărilor cognitive consecutive leziunilor cerebrale 311
I. Tulburările de atenție 311

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II. Tulburări ale memoriei 313
a. Concepții moderne despre memorizare 313
b. Testele care explorează memoria 316
c. Memoria de scurtă durată 316
d. Memoria episodică sau autobiografică 317
e. Memoria semantică 318
f. Memoria declarativă sau explici15tă (de natură episodică și semantică) și memoria nondeclarativă sau implicită (de natură procedurală) 318
g. Învățarea implică în mod evident funcțiile mnezice 318
III. Tulburările funcțiilor verbale sau afaziile 320
a. Generalități 320
b. Explorarea limbajului oral 321
c. Explorarea limbajului scris 322
b. Principalele tipuri de afazie 323
Afazia Broca 323
IV. Tulburările percepției 325
a. Generalități (vezi și Lechevalier et al., 1995) 325
b. Deficitele sferei vizuale 326
c. Deficitele sferei auditive 327
d. Deficitele sferei tactile 328
e. Tulburările schemei corporale sau asomatognoziile 329
f. Neglijența spațială unilaterală sau semineglijența 330
V. Tulburările deprinderilor gestuale sau apraxiile 331
a. Generalități 331
VI. Tulburările legate de sindroamele frontale 334
a. Generalități 334
b. Tulburări ale reglării activității motorii 336
c. Tulburările cognitive 336
Funcțiile executive (Luria, 1978) 337
d. Tulburările comportamentului și schimbările personalității 338
E. Neuropsihologia demențelor 339
I. Definiție și cauze 339
a. Semiologie 340
b. „Demențele corticale" și „demențele subcorticale" 340
c. Evaluarea rapidă a funcțiilor cerebrale superioare 341
F. Sinteza și restituirea bilanțului practicianului și pacientului 343
G. Locul examinării neuropsihologice în reeducare 344
H. Concluzie 346

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

9. Psihologia sănătății de Élisabeth Spitz 348

A. Introducere 348

B. Promovarea sănătății 353
I. Modelele sociocognitive 353
II. Modelele de self-empowerment 355
III. Acțiunea colectivă 356
C. Personalitatea și sănătatea 357
I. Factorii de vulnerabilitate și sănătatea 358
a. Ostilitatea 358
b. Anxietatea 358
c. Afectele depresive 359
II. Exprimarea emoțiilor și sănătatea 360
a. Profilul de personalitate de tip C și exprimarea emoțiilor 360
b. Exprimarea sau nonexprimarea emoțiilor în maladiile cronice 360
c. Alexitimia 361
III. Factorii personali protectori și sănătatea 362
a. Sentimentul de eficacitate personală sau autoeficacitatea 362
b. Optimismul 363
c. Sensul coerenței 363
d. Reziliența 364
D. Evenimentele de viață majore, tracasările cotidiene și sănătatea 365
I. Evenimentele de viață majore 365
II. Tracasări cotidiene 366
E. Susținerea socială și sănătatea 368
I. Diferitele abordări ale susținerii sociale 368
II. Comunicarea socială a emoțiilor 369
F. Modelele stres-coping și sănătatea 371
I. Teoria cognitivă a stresului a lui Lazarus și a lui Folkman 371
a. Procesele de evaluare cognitivă 372
b. Procesul de a-face-față (coping), strategii de adaptare 373
II. Modelul extins al stresului și copingului după Moss și Schaefer 376
III. Modele de ajustare la maladia cronică de Maes, Leventhal și De Ridder 377

BCU CLUJ / BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

G. Modelele de self-reglare sau autoreglare și sănătatea 379
I. Reprezentări ale bolii, modelul sensului comun al lui Leventhal 379
II. Scopuri de viață, scopuri de sănătate 381
III. Procesele de reglare a scopurilor 383
IV. Modelul scopurilor referitoare la comportamentele de sănătate al lui Maes 384
H. Complianța terapeutică 386
I. Determinanții legați de boală și de tratament 388
II. Determinanții legați de relația medic/pacient 388
III. Determinanții referitori la pacient 389
I. Calitatea vieții și sănătatea 390
Definiția calității vieții 391
Calitatea vieții în diverse patologii 393
Referințe bibliografice 396
Lexic 431
Index tematic 430
Index al autorilor citați 435

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lista autorilor

Marie-Carmen Castillo
Conferențiar psihologie clinică și psihopatologie — Universitatea Paris 8

Henri Cohen
Director al Laboratorului de psihologie și neuroștiințe FRE 2987 — CNRS — Universitatea Paris 5. Profesor de psihologie la Universitatea Québec, Montréal

Jack Doron
Profesor de psihologie clinică și psihopatologie — Universitatea Bordeaux 2

Șerban Ionescu
Profesor de psihopatologie la Universitatea Paris 8. Profesor-emerit la Universitatea Trois Rivières, Québec

Colette Jourdan-Ionescu
Profesoară de psihologie a copilului și de psihopatologie a dezvoltării — Universitatea Trois Rivières, Québec

Muriel Lezak
Profesoară emerită de neurologie și de psihiatrie — Universitatea Portland, Oregon, Statele Unite ale Americii

Michèle Montreuil
Profesoară de psihologie clinică și psihopatologie — Universitatea Paris 8

Jean-Louis Pedinielli
Profesor de psihologie clinică — Universitatea Aix-en-Provence

Arnaud PlagnolS
Conferențiar psihologie clinică și psihopatologie — Universitatea Paris 8

Monique Plaza
Doctor în psihologie, cercetător la Laboratorul de psihologie și neuroștiințe FRE 2987 — CNRS — Universitatea Paris 5

Élisabeth Spitz
Profesoară de psihologie a sănătății — Universitatea Metz

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuvânt înainte

Datorită atracției exercitate de psihologie, publicațiile care îi sunt consacrate — de la revistele destinate „marelui public" până la lucrările științifice — au parte, adesea, de adevărate succese de librărie. În același timp, numeroase persoane de diferite vârste sunt tentate să facă o facultate de psihologie. Cele mai motivate și mai... rezistente ajung chiar să-și obțină diploma de psiholog!

În 1990, Universitatea Paris 8 Vincennes — Saint-Denis a inaugurat un program de învățământ la distanță în domeniul psihologiei. Crearea, în 1997, a Institutului de învățământ la distanță al Universității Paris 8 a contribuit în mod semnificativ la dezvoltarea acestui program. Astfel, în cursul anului universitar 2005-2006, 3 859 de studenți din 56 de țări (pe lângă cei din Franța și DOM-TOM[1]) au urmat cursurile oferite de Institutul de învățământ la distanță.

Printre mijloacele pedagogice utilizate în formele de învățământ la distanță, un loc important este ocupat de manualele puse la dispoziția studenților. Anul acesta, Institutul de învățământ la distanță oferă un *Nou curs de psihologie* care preia ștafeta *Cursului* publicat, în anii 1990, sub direcția profesorilor Rodolphe Ghiglione și Jean-François Richard.

Noul curs de psihologie cuprinde patru volume destinate studenților și trei volume concepute pentru masteranzii în psihologie. Fiecare volum este coordonat de unul sau doi specialiști în domeniul subdisciplinar căruia îi este consacrat. La elaborarea primelor patru volume ale *Noului curs de psihologie* au colaborat 61 de colegi din 19 universități franceze și din străinătate (din Elveția, Canada și Statele Unite ale Americii), dar și câțiva cercetători de la CNRS[2] și practicieni-cercetători din mai multe centre spitalicești universitare.

Volumul de față — consacrat psihologiei clinice și psihopatologiei — a fost coordonat de Jack Doron, profesor la Universitatea

1 Domeniile și teritoriile de peste mare ale Franței (*N. t.*).
2 Centre National de la Recherche Scientifique (*N. t.*).

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Victor Segalen — Bordeaux 2, și Michèle Montreuil, profesor la Universitatea Paris 8. Coautorii provin din cinci universități franceze — Victor Segalen — Bordeaux 2, Metz, René Descartes — Paris 5, Paris 8 și Universitatea din Provence —, din CNRS, din Universitatea din Oregon (Statele Unite ale Americii) și Universitățile din Quebec de la Montréal (UQAM) și Trois-Rivières (UQTR). De-a lungul întregii perioade de elaborare a volumelor *Noului curs de psihologie*, grija noastră permanentă a fost să îmbinăm cunoștințele „clasice" cu cele de actualitate, să folosim un stil cât mai didactic cu putință, să asigurăm, prezentând (fără dogmatism) bazele teoretice, o deschidere spre practică.

Editarea *Noului curs de psihologie* la Presses Universitaires de France situează această lucrare în perspectiva importantelor serii de publicații care au contribuit atât de mult la pregătirea universitară a psihologilor din Franța, ale căror repere majore sunt constituite de marile *Tratate* apărute la Presses Universitaires de France, tratatele lui Fraisse și Piaget (de psihologie experimentală), Reuchlin (de psihologie aplicată), Daval, Bourricaud, Delamotte și Doron (de psihologie socială) sau Widlöcher (de psihopatologie). Sperăm că această nouă lucrare va fi la înălțimea celor care au precedat-o!

Șerban Ionescu și Alain Blanchet,
Saint-Denis, august 2006.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Introducere

Psihologia clinică și psihopatologică: o indispensabilă abordare multidimensională

Această lucrare situează psihologia clinică și psihopatologia într-o perspectivă istorică, pe plan francez și, într-un mod mai amplu, internațional. Ambiția noastră este de a prezenta, dintr-un punct de vedere didactic, evoluția conceptelor, a teoriilor și metodelor psihologiei clinice și psihopatologiei.

Deși influența marilor curente teoretice și caracterul lor uneori contradictoriu suscită și la ora actuală dispute între diferitele școli, psihologia clinică nu se fundamentează pe niște concepte imuabile. Aceasta a extras o serie de valori din domeniile filosofiei, antropologiei, medicinei și psihanalizei, care reprezintă un inevitabil soclu al construcției sale actuale, dar rămâne deschisă și într-o perpetuă evoluție. Iată de ce, în secolul al XXI-lea, integrarea aportului neuroștiințelor a devenit indispensabilă.

Autorii doresc să arate că psihopatologia se află la răscrucea mai multor modele teoretice, clinice și terapeutice. Ea este în măsură să formuleze un model integrativ al fenomenelor mentale și al comportamentelor patologice, astfel că nu se lasă subjugată de o singură abordare ce-ar determina-o să privilegieze formule de genul „totul stă în organic" ori „totul stă în afect". Opțiunea autorilor este să demonstreze că, în psihologia clinică și în psihopatologie, un fenomen trebuie să fie clarificat prin diferitele curente existente. În felul acesta, atunci când clinicianul alege un anumit tip de abordare pentru a stabili un diagnostic ori pentru a propune o terapie, pare esențial ca el să o facă având în minte toate celelalte modalități de înțelegere posibile.

Un alt scop al acestei lucrări este și să pledeze în favoarea metodei și mijloacelor clinice și mai ales a tehnicilor consultației clinice. Autorii, toți clinicieni, insistă pe locul esențial al „subiectului" care se află în centrul evaluării și al îngrijirii.

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

Mai mult, problematica intimității și a suferinței specifice domeniului psihologiei clinice și psihopatologiei se sprijină pe regulile de etică și deontologie care rămân niște preocupări constante în volumul de față.

Michèle Montreuil și Jack Doron.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PRIMA PARTE
Istorie și baze

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1. Istorie, teorii și metode

de Jack Doron și Jean-Louis Pedinielli

A. Istoria psihologiei clinice

de Jack Doron

I. Crearea conceptului de psihologie clinică

Psihologia clinică a fost creată în Franța la sfârșitul secolului al XIX-lea, pornind de la o dublă origine: filosofia și medicina. „Psihologia care se naște astfel este riguroasă datorită medicinei, umanistă datorită filosofiei" (C. Prévost, 1988, p. 7). Termenul însuși de psihologie clinică apare în aceeași perioadă în Statele Unite ale Americii mulțumită unui psiholog, Lightner Witmer (în 1896), format pe lângă Wundt în Germania. Novatoarea lui propunere nu s-a bucurat de cine știe ce succes în propria-i țară, unde psihologii n-aveau ochi decât pentru spiritul științific și nu arătau vreun interes pentru o disciplină care încerca să trateze persoanele cu probleme. În aceeași perioadă, în Franța, în 1897, a fost creată „revista de psihologie clinică și terapeutică", care a apărut până în 1901, fondată de doi medici, Hartenberg și Valentin, a căror sursă de inspirație a constituit-o Școala de la Nancy. Programul acesteia este uimitor de modern și o diferențiază de psihologia experimentală care „izolează și disociază elementele vieții psihice" (*ibid.*, p. 23): „Dimpotrivă, preluând din cercetările de laborator o serie de prețioase informații, psihologia clinică observă chiar viața psihologică, văzută ca un tot concret și real... sarcina nu este schematizarea, ci individualizarea" (*ibid.*, p. 23, 24). Nu este lipsit de interes să subliniem întreg titlul acestei reviste, „revistă de psihologie clinică și terapeutică", ce insistă asupra unei dimensiuni fundamentale a psihologiei clinice, dimensiunea psihotera-

peutică. De fapt, revista a fost creată de câţiva medici care se opuneau, în numele psihologiei, altor medici (Charcot şi curentul de la Salpetrière), mari specialişti în sugestie şi isterie. Potrivit lui Claude Prévost, motivul pentru care această revistă, bine informată în privinţa lucrărilor lui S. Freud, nu mai apare este reprezentat de faptul că neurologia se impune atunci în viaţa medicală.

II. Un somn îndelungat

După Primul Război Mondial, curentul subteran a continuat să subziste în ciuda tuturor vicisitudinilor. În Franţa, psihologia este o disciplină marginală, din cadrul filosofiei imperiale, împărtăşind cu sociologia şi antropologia statutul de discipline minore în curs de dezvoltare. Ceea ce viza omul în totalitatea şi în capacitatea sa de a construi un proiect semnificativ ţinea de filosofie şi religie. Schimbările în psihopatologie proveneau din fenomenologie şi psihiatrie, de-a dreptul strălucite în Germania înaintea preluării puterii de către nazişti, şi care au dăinuit în Elveţia germanică. La sfârşitul secolului al XIX-lea, singurul proiect de psihologie clinică cu adevărat novator a fost psihanaliza, a cărei viziune a fost ignorată în Franţa, excepţie făcând cercul foarte restrâns şi exotic al suprarealismului însufleţit de André Breton. Scrierile sale referitoare la revoluţia suprarealistă, ce se ridica împotriva violenţei şi cruzimii masacrelor războiului din 1914–1918, sunt o viguroasă pledoarie pentru folosirea psihanalizei nu în scopul tratării bolnavilor, ci pentru inventarea vieţii, utilizând forţele inconştientului cu un obiectiv eliberator: „Omul propune şi dispune. Nu ţine decât de el să-şi aparţină întru totul, adică să-şi păstreze într-o stare de anarhie şleahta de la o zi la alta mai de temut a propriilor dorinţe. Poezia îl învaţă cum" (André Breton, 1924, p. 28). Curentul suprarealist, în poezie, în pictură, în sculptură şi cinematografie, a fost extraordinar de novator. Era parţial legat de psihanaliză, nu ca o disciplină burgheză care-şi căuta recunoaşterea, ci ca un curent de eliberare împotriva opresiunii familiei, artei şi religiei.

Cu toate acestea, există şi o vibrantă pledoarie filosofică a lui Politzer împotriva psihologiei experimentale care nu se ocupă decât de nişte probleme foarte îndepărtate de cele ale fiinţelor umane. El insistă, cu multă patimă şi îndreptăţire, asupra importanţei „dramei" ce îngăduie,

de una singură, înțelegerea adevărului ființei umane în luptă cu greutățile vieții. Psihologia clinică dispăruse ca atare. Ea a supraviețuit la Janet, căpătând forma psihologiei medicale. Acesta dezvoltă totuși metoda clinică în lucrările sale și mai cu seamă într-o carte, *De l'angoisse à l'extase*, consacrată în esență unui caz în care abordează fenomenele inconștiente și psihastenia. De asemenea, Piaget, în lucrarea sa *Reprezentarea lumii la copil* (1926), evocă „metoda clinică" și „examenul clinic", în conformitate cu care semnificațiile date faptelor observate au mai multă importanță decât eventualele legături de cauzalitate construite pornind de la niște rezultate ale cercetării experimentale. În sfârșit, lucrările lui Binet și Simon și ale lui H. Wallon, chiar dacă nu țin în mod direct de psihologia clinică, ci de psihologia dezvoltării, s-au înfăptuit pornind de la întrebări clinice: ce se poate face pentru a-i ajuta pe copiii care nu învață la școală, ce se poate face pentru copiii instabili? Întrebări care mai sunt și acum de actualitate.

Profesia de psiholog clinician în Statele Unite ale Americii a fost oficial creată în perioada de război, în cadrul armatei, în scopul evaluării și selecționării contingentelor, dar și pentru a-i ajuta pe combatanții care sufereau de nevroze traumatice. În 1947, acești psihologi se hotărăsc să creeze profesia ca „savanți-practicieni" (doctori în psihologie) care practicau evaluarea, diagnosticarea și tratamentul psihoterapeutic, sprijinindu-se nu pe niște idei magice ori ideologice, ci pe un corpus de cunoștințe provenite din cercetarea științifică.

III. Nașterea psihologiei clinice franceze

În Franța, în 1949, Daniel Lagache, într-un text bine cunoscut despre unitatea psihologiei, definește într-un mod foarte clar și novator ceea ce poate fi psihologia clinică în Franța de după război. Este o disciplină care nu mai existase niciodată până atunci și care avea să se emancipeze, o dată cu psihologia și ca toate științele omului, de filosofie. Punctul comun al acestei generații de psihologi este faptul că, la origine, sunt filosofi și medici. De data aceasta, psihanaliza nu mai este legată de atât de rodnicele exuberanțe ale suprarealismului, ci de căutarea unei respectabilități împotriva căreia era o modă să te prefaci că te revolți. Cum acești pionieri aveau o pregătire de filosofi, se poate constata că tot mai nutreau niște păreri moderate în privința

psihanalizei, căci învățaseră să compare diverse sisteme de gândire. Prin urmare, după război a fost creată o psihologie clinică inovatoare, în cadrul studiilor de psihologie, nu fără conflicte, mai ales cu colegii de psihologie experimentală.

Faimoasa complementaritate dintre psihologia experimentală și psihologia clinică era percepută ca fiind mai degrabă diplomatică sau politică, dar a îngăduit o dezvoltare ce poate fi considerată ca paralelă, presărată cu conflicte mai mult sau mai puțin violente. Din perspectiva lui D. Lagache și Favez-Boutonnier, psihologul clinician trebuia să studieze „omul întreg în situația dată", iar scopurile sale erau: „să consilieze, să vindece, să educe ori să reeduce" (1949), iar apoi „să prevină și să rezolve un conflict" (1951) (D. Lagache, *in* C. Prévost, 1988, p. 48). Demersul diagnosticării întemeiază disciplina: „Diagnosticarea este actul esențial al psihologiei clinice; ea se poate reduce la diagnosticare; dacă o depășește, în toate momentele, diagnosticarea rămâne demersul esențial, deoarece stabilește baza rațională și reală a oricărei acțiuni psihologice" (1951) (*ibid.*, p. 50).

Bineînțeles că pentru punerea acestor diagnostice psihologice era necesar să se dezvolte anumite instrumente și lumea a asistat la o mare dezvoltare a testelor cognitive, vizualo-motorii, de personalitate și a primelor chestionare de evaluare din diferite sectoare ale funcționării vieții psihice. Principala problemă era și rămâne încă evaluarea fiabilității acestor instrumente și se poate spune că profesia s-a construit pe legitimitatea acestora și pe calitatea bilanțului psihologic. În spatele scenei acestui teatru până la urmă foarte constructiv, s-a jucat o tragicomedie legată de viața instituțională a societăților psihanalitice. Multiplele sciziuni inerente acestei discipline au otrăvit evoluțiile psihologiei clinice care a fost considerată pentru o perioadă doar ca spațiul de manevră al conflictelor dintre diversele instituții psihanalitice. În ciuda luptelor care nu se referă în mod direct la disciplina noastră, aceasta a fost prinsă în bătăliile ideologice cu final neașteptat. În mai 1968, acest echilibru foarte rodnic și novator între psihologie, psihopatologie și psihanaliză s-a destrămat, iar riscurile unor derive sectare s-au agravat. Atotputernicia „psihanalismului" (R. Castel) s-a dezvoltat, căci ea a permis liniștirea unor indivizi distruși din pricina căderii marxismului, stângismului și catolicismului (Turkle Sherry, 1978). Psihanaliza, atât de bogată din punct de vedere clinic, s-a transformat, din păcate, într-o gândire fără nuanțe, o scolastică a dorinței, pentru o majoritate a psihologilor și psihiatrilor. Sloganurile au înlocuit reflecțiile,

perspectivele critice legate de cercetarea în psihologie, psihopatologie și neuroștiințe au devenit, în cel mai bun caz, indiferente și, în cel mai rău, scandaloase, deoarece afectau subiectul și discursul acestuia. Din fericire, la clinicieni, inclusiv la aceia care sunt competenți în psihanaliză, a dăinuit o tradiție de toleranță, de deschidere și de curiozitate intelectuală însuflețită de o atenție acordată cercetării științifice, fapt care a îngăduit păstrarea elanului fondatorilor.

B. Teoria și metodologia psihologiei clinice,
de Jean-Louis Pedinielli

La ora actuală, în uzul curent, termenul de „psihologie clinică" are mai multe sensuri: un domeniu, „clinica", o practică, o metodă, o știință. Originalitatea sa rezidă în faptul că este totodată o activitate practică (diagnosticare, evaluare, terapie...) și un ansamblu de cunoștințe: nu este nici stricta aplicare a unei teorii într-o activitate practică, nici edificarea unui ansamblu de cunoștințe pornind de la experimentare sau raționament. Ea se hrănește din practica curentă, din întâlnirea unor indivizi sau grupuri aflate în suferință, în dificultate. Această practică se fundamentează pe niște cunoștințe „clinice" pe care le și îmbogățește.

Astfel, vom considera că psihologia clinică se bazează pe o metodă care respectă anumite principii sau care se inspiră din ele atunci când este posibil și dezvoltă un domeniu foarte vast (mergând de la psihopatologie la patologia sănătății, la dezvoltare și la social) în care tehnici mai obiectivante pot să fie utilizate în mod ocazional, cu condiția să rămână fidelă referinței la subiect. Ne exprimăm acordul cu definiția lui Anzieu: „Aceasta este o psihologie individuală și socială, normală și patologică; se referă la nou-născut, copil, adolescent, tânărul adult, omul în puterea vârstei, ființa care îmbătrânește și până la urmă moare. Psihologul clinician îndeplinește trei mari funcții: de diagnosticare, de formare, de expert care aduce punctul de vedere al psihologului pe lângă alți specialiști. Psihologul clinician are și o pregătire de bază necesară, dar nu suficientă pentru a deveni, eventual, psihoterapeut, lui revenindu-i îndatorirea de a dobândi în altă parte

solida experiență psihanalitică cerută, personală și tehnică. O diferențiere, mai ușor de stabilit pe hârtie decât în practică, trebuie totuși să fie menținută ca fiind capitală: psihologul clinician are de-a face cu anumite „efecte de transfer" pe care este nevoit să știe să le identifice; numai psihanalistul îndeplinește un travaliu asupra „nevrozei de transfer" (D. Anzieu, 1983, p. 36). Definiția lui Didier Anzieu este extensivă, dar trebuie totuși să fie reactualizată, deoarece psihologii sunt de-acum înainte considerați și psihoterapeuți, lor revenindu-le îndatorirea să-și completeze pregătirea.

Pe urmele lui Lagache, se poate aprecia că miezul metodei clinice este reprezentat de „studiul de caz": întâlnire a unui subiect considerat singular, constituit de o istorie specifică și perceput în totalitatea sa (tulburările sunt raportate la tot ceea ce este, iar întregul situației este luat în calcul în întâlnirea cu acesta), refuz al obiectivismului, sensibilitate la istorie, importanță a relației observator–observat, transferul... Desigur, metoda clinică ce respectă aceste principii se poate aplica și în alte domenii în afara studiului de caz: examen psihologic, observare a grupurilor și a indivizilor, cercetare, aplicare de teste, abordare a unor situații instituționale... (Guillaumin, 1977; Schauder, 2004; Emmanuelli, 2004). Studiul de caz (Doron, 2001; Pedinielli și Fernandez, 2005) se bazează, într-adevăr, pe diferite metode (consultație, observare, teste...) care pot fi folosite și izolat în anumite situații, dar a căror utilizare rămâne conformă principiilor metodei clinice.

I. Studiul de caz

Sub acest termen se desemnează o construcție a clinicianului care se bazează pe un mod de a solicita și apoi de a considera anumite informații provenite de la pacient: persoana vorbește despre ea însăși instituindu-se ca subiect al propriului discurs. Studiul de caz începe, așadar, prin modul în care subiectul vorbește despre sine însuși. Totuși, el nu vorbește singur, ci cu cineva care îi impulsionează discursul, îl ascultă, îi răspunde, ba chiar îl solicită în anumite puncte. Prin urmare, studiul de caz nu este un monolog, ci întru totul efectul întâlnirii dintre un subiect care prezintă o problemă, vorbește despre ea, și un psiholog care îl ascultă și va reconstitui aceste elemente sub

forma unei construcții înzestrate cu sens. Cazul poate fi conceput ca atare, ca modul în care o persoană exprimă ceva despre ea însăși, dar și ca o situație originală ce permite punerea în evidență și înțelegerea unor fenomene specifice: patologie, suferință subiectivă, moment al dezvoltării, situație existențială... Psihologia clinică a cărei practică se bazează pe analiza cazurilor individuale fără obiectivism își clădește deci cunoștințele pornind de la aceste cazuri, definește structuri, procese, regularități, ipoteze explicative, construcții, a căror pertinență (euristică) o pune la încercare în alte situații (alte cazuri sau alte grupe de subiecți).

Studiul de caz corespunde unor operații diferite, două la număr. Prima etapă este cea a muncii clinice concrete și seamănă cu o procedură de culegere a informațiilor, adaptată fiecărui subiect. A doua etapă constă în elaborarea acestor informații sub forma unei construcții care corespunde principiilor fundamentale ale metodei clinice și care vizează să prezinte elementele evidente ale istoriei și subiectivității, dar și modurile de rezolvare a conflictelor. În practică, construirea studiului de caz este adesea realizată la capătul diferitelor examinări ori al monitorizării pacientului. Există însă și situații în care se înregistrează fie anumite etape intermediare ale studiului de caz, fie reluări regulate ale acestuia, mai ales în cazurile de psihoterapie: „cazul" poate constitui în mod regulat obiectul unei reflecții în care concluziile anterioare sunt puse sub semnul întrebării, regândite, reconstruite în lumina noilor informații. Studiul de caz are o seamă de particularități care îl diferențiază de alte forme de prezentare a situațiilor clinice: singularitatea, totalitatea, istoria, relația dintre subiecți. Acești invarianți sunt cei ai metodei clinice, așa cum o concepe Lagache.

Scopul respectului față de singularitatea vieții este ca subiectul, mai precis cazul, să fie tratat ca un fenomen inedit și să nu fie redus la ceea ce ar putea el să exemplifice (tipul de patologie, de pildă). Cazul este unic (orice caz este unic: de fapt, demersul este acela care transformă un caz „banal" — în ochii unora — într-un caz „unic", în măsura în care clinicianul insistă asupra caracteristicilor radical originale ale respectivului caz) și totodată singular (termenul desemnând în același timp individualul, particularul, ceea ce deosebește un individ de alții, raritatea). Să consideri istoria unui pacient ca un „caz singular" înseamnă să fii atent la ceea ce nu se confundă nici cu evidențele, nici cu obișnuința, nici cu normalul (în sensul a ceea ce

nu ridică vreo întrebare). Prin urmare, un caz devine singular prin privirea și ascultarea clinicianului, pentru că vor scoate la iveală ceea ce se sustrage „comunului", „banalului", „conformului". Dar cu adevărat singulară este „subiectivitatea", termen care desemnează atât categoria filosofică de subiect (ființă înțeleasă ca înzestrată cu o conștiință de sine însăși), cât și categoria psihanalitică (diviziunea subiectului între conștient și inconștient) și dimensiunea intimității, a construirii propriei lumi, ireductibile la realitatea și la obiectivitatea ce se regăsesc în fenomenologie (contează reprezentările subiectului, și nu realitatea, așa cum este ea percepută de către observator). De exemplu, cu un subiect afectat de o patologie somatică, referința la subiectivitate implică faptul că observatorul arată interes față de teoriile personale ale bolnavului („boală-a-bolnavului"), de lucrurile care se exprimă în mod inconștient prin intermediul discursurilor referitoare la maladie, de ceea ce se transferă asupra medicinei, de reprezentarea pe care subiectul și-o face despre vindecare și de felul în care aderă la concepțiile culturale despre boală.

Supunerea la totalitate nu vizează exhaustivitatea (să spui totul despre o anumită persoană), deși bogăția informațiilor rămâne o preocupare, ci faptul că subiectul psihologic este o unitate indivizibilă (intrasubiectivitate) în interacțiune cu lumea exterioară (intersubiectivitate). Elementele notate (conflicte, angoase, reprezentări...) trebuie întotdeauna repuse în contextul individului și al lumii sale și nu constituie niște simple atribute „reduse" la ceea ce poate fi măsurat și comparat cu altele. Un simptom nu este interpretabil, analizabil, comprehensibil decât în relație cu subiectul, dacă nu chiar cu mediul său, considerat ca un întreg: acesta trebuie interpretat în lumina istoriei subiectului, a funcției pe care acesta o îndeplinește în propria-i existență (apărarea împotriva angoasei, exprimarea unui anumit lucru), a consecințelor (suferință, beneficii secundare) și a reprezentărilor pe care le suscită.

Referința la istorie este inspirată din practică și principiile care susțin psihologia clinică. Discursul subiecților le pune în scenă dificultățile și le exprimă adesea în relație cu o cronologie, un trecut, un moment al vieții: moment de declanșare a simptomului, locul acestuia în cadrul vieții, desfășurare, relație cu evenimentele... Subiectul nu se află niciodată în afara timpului: el vorbește la prezent, dar reconstruiește un trecut uneori nesigur, punctat de amintiri și de căutări de semnificații. El ne oferă o istorie și totodată istoria acesteia. Psihologul

îl ajută în această reconstruire care asigură o succesiune și, în același timp, o serie de discontinuități. Dar referința la istorie provine și din referințele teoretice care ghidează practica: psihologul postulează că evenimentele au anumite efecte asupra subiectului, ba chiar că istoria îl constituie pe subiect.

Studiu de caz nu este un simplu studiu pe hârtie, ci se realizează într-o întâlnire aparte, o relație în care psihologul, prin prezența și ascultarea sa, este un catalizator de emoții, de reprezentări. Până la urmă, psihologul nu are cum să nu-și pună întrebări în privința legăturii dintre el și subiect și despre rolul său în producerea discursului și a altor exprimări. Ceea ce spune subiectul corespunde unei deplasări și unei actualizări a proceselor interne asupra persoanei clinicianului care, la rândul lui, percepe în contratransfer anumite aspecte ale poziției subiectului. Astfel, este nevoit să recunoască poziția (unde anume îl situează subiectul pe celălalt?), diferitele niveluri ale cererii, reviviscențele, deplasările și condensările care sunt comprehensibile pornind de la relație, dar observatorul influențează sistemul observat și este și el influențat de acesta din urmă.

Studiul de caz ilustrează metoda clinică și se poate sprijini pe diverse mijloace (metode) de culegere a datelor, printre care consultația, observația clinică, testele și scalele, jocul, desenul, lucrările scrise... Aceste metode pot fi asociate unele cu altele sau la fel de bine folosite separat, indiferent dacă este vorba despre practica clinică sau despre cercetare.

II. Consultația

Consultația clinică este principalul instrument utilizat de către psiholog. Cu excepția anumitor situații (copii, subiecți nevorbitori...), informațiile sale provin din discursul subiectului, al apropiaților. Or, limbajul permite existența obiectelor, faptelor, situațiilor în afara prezenței lor concrete, iar subiectul uman este o ființă vorbitoare, rostirea fiind determinantă în constituirea sa.

Consultația răspunde mai multor finalități: îi permite subiectului să spună, să asculte, să se informeze, dar și psihologului să-i spună ceva subiectului. Acesta este producător de fapte de limbaj (Blanchet, 1991) pornind de la care se instaurează un schimb, o reconstruire a

faptelor reale, dar și o analiză a discursului (formă, construcție a enunțurilor, mecanisme de apărare, reprezentări prevalente, locul subiectului etc.). În plus, faptul de a vorbi, așa cum a subliniat Freud, posedă o funcție eliberatoare (abreacție) care conferă oricărei consultații un efect potențial terapeutic.

Travaliul concret al psihologului constă nu doar în a ști să primească și să asculte discursul pe care i-l enunță subiectul, ci și să-l suscite, să-l susțină și să-i permită dezvoltarea, dar și să intervină. Prin urmare, este vorba despre o întâlnire și o construire, prin discurs, a unor cunoștințe comune care să-i îngăduie subiectului să evolueze (cazul terapiei) ori psihologului să-și reprezinte suferința, modurile de rezolvare a conflictelor, apărările... subiectului (Blanchet, 1998).

Consultația este cel mai bun instrument (Bénony și Chahraoui, 1999; Schmid-Kitsikis, 1999) pentru culegerea anumitor informații despre suferința sau dificultățile subiectului prin aducerea unor elemente referitoare la lucrurile cu care s-a confruntat, în mod real sau imaginar, dar și despre poziția sa față de aceste fapte, despre ceea ce așteaptă de la psiholog, despre locul pe care i-l acordă. El oferă și date despre economia psihică, despre organizarea propriilor mecanisme de apărare evidențiabile în elementele discursului (negările, de pildă), în scenele pe care le povestește (de exemplu, identificările) sau chiar în modul în care se adresează psihologului (proiecțiile) (Gilliéron, 1994). Discursul este și aici terenul pe care se recunosc semnele patologice, în plângerea enunțată (simptom nevrotic, de pildă) prin intermediul a ceea ce este povestit (ca, de exemplu, anumite idei delirante), în construcția, forma ori sintaxa discursului (tulburări ale cursului gândirii, afazie...) sau prin mijlocirea a ceea ce vehiculează discursul (voce) ori ceea ce-l însoțește (diminuare, tocire afectivă...).

Conducerea consultației clinice respectă anumite principii: o ascultare plină de atenție prin urmărirea cuvintelor discursului subiectului, o „neutralitate binevoitoare" (părerea clinicianului nu trebuie să intervină în cadrul consultației, o atitudine nici rigidă, nici distantă), recunoașterea și respectarea soluției defensive a subiectului (intervenția nu trebuie să aibă efecte prejudiciabile), recunoașterea, de către clinician, a propriilor reacții emoționale. Clinicianul este atent la apariția anumitor mecanisme. Psihanaliza a definit rolul transferului (deplasare asupra persoanei analistului a unor reprezentări și dorințe inconștiente) și al contratransferului (reacție a analistului la

mișcările transferențiale, dorință a clinicianului, preconcepții care-i orientează ascultarea). Pe de altă parte, anumite mecanisme, suscitate de situația angoasantă și de conflictul care motivează întâlnirea, apar mai frecvent la subiect decât la clinician, iar cele mai multe se regăsesc la ambii interlocutori: identificarea, proiecția, clivajul, diferitele forme de restricție (scotomizare), apărarea prin percepție (sau realitate). În plus, consultația suscită, la clinician, anumite mecanisme de empatie (imersiune în lumea subiectivă a celuilalt) și un rol de conținător, capacitate de a fi, în cadrul consultației, un receptacul stabil pentru angoasele pacientului, de a transforma și de a-i restitui celui interesat dificultățile ori reprezentările neplăcute într-un mod îmbunătățit. Orice consultație clinică, chiar și de evaluare, ar trebui să îndeplinească această funcție de restituire și de restaurare.

III. Testele și scalele

Sunt niște instrumente standardizate de evaluare a fenomenelor psihice care permit, de cele mai multe ori, măsurarea componentelor psihice, compararea subiecților între ei sau cu o normă statistică. Există numeroase forme de teste, diferențiate în funcție de obiectul lor de studiu: aptitudini, procese cognitive, tulburări, organizare a personalității, diagnostice... Scopul lor este să evidențieze anumite elemente a căror identificare cu precizie nu ar fi îngăduită prin consultații (producere a unor informații inaccesibile), să furnizeze rezultate valide și obiective, adică nesupuse subiectivității psihologului, și să îmbogățească bilanțul clinic (în acest caz, au statutul de examene complementare). Clinicienii nu sunt singurii care utilizează aceste instrumente, dar prezintă particularitatea că raportează rezultatele la principiile studiului de caz și nu le consideră niște elemente separate ale individului. Construirea testelor și a scalelor corespunde unor norme precise și trebuie să posede anumite calități psihometrice (validitate, sensibilitate, fiabilitate). Proiectele de diagnostic (evaluare), de comparație, dacă nu chiar de selecție, justifică adesea folosirea testelor. Printre ele, trebuie amintite testele care măsoară o particularitate anume, testele cognitive și testele de personalitate.

Testele cognitive (precum WISC, WAIS, WIPPSI, WCST...) sunt de cele mai multe ori folosite în clinica copilului ori a adolescentului, dar

există scale destinate adulților, unele dintre ele permițând evocarea unei afectări (de exemplu, demența) a capacităților cognitive și localizarea anumitor operații intelectuale implicate. În ciuda frecvenței utilizării acestor probe, le-au fost aduse numeroase critici, atât în privința definirii inteligenței, cât și a capacității testelor de a o măsura ori a pertinenței standardizării. Mai ales Piaget a subliniat aspectul formal, parțial și neadaptat al anumitor teste de inteligență în analiza raționamentului copilului, ceea ce ar constitui atunci o invitație de a fi considerate mai degrabă niște teste cognitive. Anumite teste neuropsihologice măsoară într-un mod mai specific unele funcții cognitive: memorie, judecată, atenție, percepție, limbaj... În psihologia clinică, testul nu are valoare în sine, ci rezultatele sale trebuie să fie interpretate în lumina relației, a investirii situației de către subiect și ca un element al capacităților subiectului.

Inventarele de personalitate (MMPI, Inventarul de personalitate Eysenck, Inventarul de temperament Guilford-Zimmerman...) sunt niște chestionare a căror construcție este analogă cu aceea a celorlalte teste. Acestea sunt totuși destul de îndepărtate de relația clinică, iar clinicienii preferă adesea metodele proiective care sunt o formă de investigare dinamică a personalității ce se exprimă prin intermediul perceperii unui material puțin structurat pe care subiectul îl construiește după bunul lui plac. Metodele proiective propun un material căruia subiectul îi acordă una sau mai multe semnificații, revelatoare pentru modurile sale de rezolvare a conflictelor, pentru felul în care percepe realitatea, pentru mecanismele de apărare sau propria-i economie afectivă.

Printre ele, este menționat psihodiagnosticul Rorschach (zece planșe cu material nonstructurat: pete de cerneală reproduse pe un fond alb, dar simetrice). Sinteza rezultatelor oferă o interpretare a ansamblului datelor, care aduce o serie de informații referitoare la natura angoasei și a relațiilor de obiect, la mecanismele de apărare, organizarea Eului, raportul cu realul, imaginea corpului... Această interpretare poate să aducă și anumite ipoteze psihopatologice comprehensibile în termeni de diagnostic de organizare (nevrotică, psihotică...). Thematic Aperception Test (TAT) propune anumite planșe care reprezintă scene adesea banale și fără ambiguitate. Subiectul trebuie „să imagineze o poveste pornind de la planșă". Materialul pe care lucrează clinicianul este reprezentat de un discurs, iar interpretarea seamănă, așadar, cu o analiză de conținut fondată pe indicatori (control, la-

bilitate, evitare a conflictului, emergență a procesului primar, acroșaj la conținutul manifest...); ansamblul rezultatelor este raportat, bineînțeles, la subiect și la singularitatea sa. Ca și Rorschach, TAT permite realizarea unor ipoteze diagnostice, dar și aprecierea funcționării psihice a persoanei. Cu copiii, sunt utilizate frecvent teste ca Patte noire (povestea unui porcușor care se deosebește de ceilalți printr-o pată neagră pe unul dintre picioare) sau Children Aperception Test (CAT), a cărui structură este cea a TAT, într-o formă adaptată copiilor.

Metodele proiective, mai ales atunci când interpretările lor se bazează pe concepții psihanalitice ori fenomenologice, respectă în sine principiile metodei clinice. Dar tehnicile mai obiectivante își au propriul loc în cadrul studiului de caz care permite situarea rezultatelor lor în dinamica subiectului. La fel se întâmplă cu scalele de evaluare care nu compară subiecții unii cu alții, ci dau o notă. Sunt folosite la calificarea și cuantificarea, în mod standardizat și cu precizie, ale unei stări ori ale unei trăsături în vederea unui diagnostic, al unei examinări a efectelor unui tratament ori al unei analize a proceselor. Importanța lor constă în faptul că pun în evidență anumite elemente ce sunt greu de perceput și/sau de apreciat într-o consultație. Dar, ca și testele, ele reduc obiectele clinice la ceea ce este măsurabil și nu aruncă decât o lumină parțială ce trebuie să fie completată prin datele consultației.

IV. Observația clinică

Tradițional, observația este definită ca „acțiunea de a studia cu o atenție constantă natura, omul, societatea, în scopul de a le cunoaște mai bine". În psihologia clinică, utilizarea observării ca metodă de culegere a datelor este adesea necesară ca un complement al altor informații: comportamentul concret al subiectului, atitudinile sale în timpul întâlnirii oferă și alte elemente, uneori revelatoare ori, pur și simplu, care ridică noi întrebări. Jean Guillaumin precizează că „actul observației, prin care am definit examenul psihologic, corespunde (...) unui scop intenșional precis. Psihologul caută aici o cunoaștere, ordonată de cele mai multe ori, a unei acțiuni. Prin urmare, mijloacele pe care le folosește pentru a-și atinge scopul nu pot decât să urmărească, pentru a o îndeplini, obiectivarea subiectului, a cărui

judecată implicită a realităţii conţine deja principiul şi baza. Pentru a acţiona, mintea cere, într-adevăr, un obiect rezistent şi stabil, a cărui practică să-i poată prelua fără greşeală conturul şi, ghidată de planuri sigure, să prevadă modificările" (p. 249).

Observaţia clinică se distanţează de concepţiile medicale (Ciccone, 1998), deoarece încearcă să descrie nu numai ceea ce apare, ci şi să regrupeze aceste diferite informaţii dându-le un sens. Această activitate este însă susţinută de un proiect de respectare a materialului şi de restituire a sensului ansamblului observaţiei. Ea prezintă trei riscuri: reificarea (reducerea subiectului la ceea ce se observă), obiectivarea extremă şi absenţa validităţii interpretărilor deduse de-aici (ce sens să dai unui comportament, dacă nu te poţi raporta la discursul subiectului?). Tot ea îşi situează rezultatele în cadrul singularităţii persoanei şi analizează influenţa observatorului asupra observaţiei: observaţia clinică implică o participare a observatorului, iar rezultatele sunt ponderate de această participare în măsura în care nu sunt doar nişte fapte ce sunt observate, ci mai ales un subiect într-o situaţie la care participă observatorul. Proiectul observaţiei clinice este, prin urmare, acela de a revela anumite fenomene comportamentale semnificative, de a le da un sens resituându-le în dinamica, istoria unui subiect şi în contextul observaţiei. Dar acest proiect nu implică respingerea oricărei tehnici de standardizare a observaţiei şi de rigoare în interpretare.

Observaţia clinică este prezentă în anumite metode utilizate în clinică, ca un complement la o analiză mai specifică: jocul, desenul, fenomenele de grup... Aceste metode implică interesul clinicianului faţă de modul în care se comportă subiectul — verbal, fizic, chiar social în cazul grupului —, cu care acesta investeşte spaţiul şi relaţia. Mai ales cu copiii, consultaţia este fie imposibilă, fie limitată. În schimb, toate activităţile motorii, expresive, ludice sunt valorizate: atitudinea copilului, cuvintele sale, dar şi creaţiile, investirile spaţiului şi timpului, gestica lui... capătă o importanţă sporită şi sunt reluate în observaţia clinică ce necesită, ca şi ascultarea, analiza contratransferului şi căutarea sensului.

C. Teoriile
de Jean-Louis Pedinielli

Psihologia clinică este o metodă și, totodată, un domeniu; ea se sprijină pe anumite teorii și contribuie la îmbogățirea acestora. Nu se poate spune că există o singură teorie a psihologiei clinice, dar există unele teorii de referință. Într-un mod mai specific, și ea produce teorii, prin explicarea anumitor fenomene observate: patologii, forme de suferință, consecințe ale dramelor vieții (traume, stres, evenimente...), grupuri și instituții, reziliență... Deși este greu să se diferențieze, la anumite niveluri, psihologia clinică de psihopatologie, există numeroase teorii clinice ale patologiei mentale, handicapului, efectelor patologiei somatice, traumatismului, care aparțin psihologiei clinice, iar nu medicinei ori psihofiziologiei. Pe un plan mai epistemologic, este astfel necesar să se admită că, dacă psihologia clinică nu produce o teorie (paradigmă) generală, teoriile patologiei (psihopatologiei) sau partea psihopatologică a teoriilor mai generale au ajutat, la rândul lor, la constituirea acesteia și au fost îmbogățite de propriile-i cunoștințe.

În Franța, psihologia clinică s-a bazat, istoricește vorbind, pe psihanaliză și, într-o măsură mai mică, pe fenomenologia de care amintim în mod sintetic. Apoi, a integrat alte modele teoretice și terapeutice: behavioristă, cognitivistă, sistemică, umanistă și gestaltistă, modele descrise în detaliu, în lucrarea de față, în capitolul 2 al lui Plaza și Cohen.

I. Psihanaliza

Psihanaliza dezvoltă o teorie care se fundamentează pe noțiunea de inconștient, pe un sens, altul, al discursurilor concrete care exprimă un sens latent. Originea maladiei — sau a suferinței — trebuie descoperită în conflictele inconștiente ale subiectului, iar aceasta are un sens. Inconștientul este format, în mare parte, de reprezentările sexuale infantile care au fost refulate în perioada oedipiană, cel puțin la nevrotici. Boala se bazează pe un șir de poziții. A / Tulburări în constituirea Eului (primele luni de viață pentru psihoză, Oedipul pentru nevroză), care îngreunează accesul la identitate, autonomie, separare ori dorință. B / O modificare internă (pulsională, ruptură de echili-

bru...) sau externă (traumatisme...) provoacă un conflict, o ruptură a echilibrului protector anterior, cu reapariția angoasei. C / Pentru a lupta împotriva acestei angoase, subiectul utilizează alte sisteme de apărare: refulare, negare, proiecție, clivaj, refuz al realității, forcludere... Prezența și incapacitatea lor de a reduce angoasa sunt o dovadă a eșecului tentativei de vindecare și a celei mai vizibile faze a maladiei. D/ După instalarea simptomului, alte mecanisme permit lupta împotriva celor mai dureroase efecte ale sale. Simptomul este, prin urmare, un compromis care posedă mai multe determinări psihice și mai multe sensuri, el exprimă un adevăr, o cunoaștere inconștientă și pare să fie produs de o luptă împotriva angoasei, la început structurală și apoi legată de eșecurile mecanismelor de apărare. Vorbirea, transferul (retrăirea conflictului) îngăduie accederea la acest sens, depășirea conflictului, abandonarea anumitor apărări ce sunt costisitoare.

Câmpul psihanalitic se descompune în mai multe sisteme de gândire (școli) ce emană de la Freud, diferențiindu-se prin concepțiile referitoare la formațiunile Inconștientului: curente kleinian, al ego-psychology (A. Freud), lacanian, la care se adaugă anumite curente „marginale" (Winnicott, Aulagnier...) ce introduc unele construcții originale pornind de la aceste sisteme. Specificitatea psihanalizei rezidă în raportarea sa la „cauzalitatea inconștientă", cu luarea în calcul a „dorinței" și a sexualității în interpretarea pe care o dă patologiei. Dar, prin preocuparea pentru istorie, vorbire, „subiect" și prin referința ei la intersubiectivitate (transfer), ea reprezintă un model stimulator pentru teoria și practica psihologiei clinice. Foarte interesanta dezbatere epistemologică despre relațiile dintre știință, metodă și psihanaliză are meritul de a pune problemele statutului „subiectului științei" și al „subiectului inconștientului".

II. Fenomenologia

Fenomenologia se bazează pe o atitudine și concepții provenite din lucrările filosofiei fenomenologice (Husserl, Heidegger, Scheller), dar și din gândirea existențialistă (Sartre, Merleau-Ponty). Aceste concepții refuză obiectivismul demersurilor tradiționale și încearcă să înțeleagă lumea subiectului din interior, așa cum o percepe și o construiește el. Psihiatria fenomenologică (L. Binswanger, E. Minkowski, A. Tatossian, H. Tellenbach, J. Zutt...) se străduiește să descrie „ființa-în-lume" carac-

teristică anumitor patologii ca schizofrenia, melancolia, mania... Punctul de plecare este realitatea clinică a maladiei pe care fenomenologia încearcă s-o interpreteze pornind de la conceptele sale: timp trăit, experiență interioară, spațiu, continuitate, subiectivitate, resimțire, acel „pentru-sine" opus așa-numitului „în-sine". Atitudinea fenomenologică — ce-și ia ca model ideea unei cuprinderi intuitive a vieții interioare a pacientului — vrea să pună în lumină condițiile posibilităților abordării terapeutice. În sfârșit, prin recursul — uneori contradictoriu — la noțiunile de „trăit" și de „resimțit", aceasta este interesată de felul în care realitățile sunt înzestrate cu sens, experimentate și organizate de către subiect. Recurgerile psihologiei clinice la „subiectivitate", la totalitate, la singularitate sunt tot atâtea contribuții ale fenomenologiei, ca și trăirea pacientului, propria construire individuală... La ora actuală, curentul pare să se fi reînsufletit.

Psihologia clinică își extrage bogăția și ambiguitatea din referințele sale plurale: ca practică, ea produce o serie de construcții teoretice și se bazează pe niște teorii generale diferite, iar ca metodă, se centrează pe cazurile singulare, dar produce construcții generale, are ca origine domeniul patologiei, dar poate realiza teorii ale normalului, desemnează prin „clinică" o situație originală (căutare a singularității, a subiectivității, a totalității situațiilor, luare în calcul a relației și a transferului), total diferită de cea a „clinicii medicale" (obiectivantă), metodă centrată pe subiectivitate, și poate să utilizeze și mijloace obiective (teste, scale; grile de observare). Aceste paradoxuri nu sunt decât aparente: grija sa este întotdeauna să se centreze pe subiect, iar nu să-l integreze, să-l închidă într-o conceptualizare, o clasificare, o situație definite *a priori*.

D. Psihologie clinică și psihopatologie

de Jack Doron

Psihopatologia este o disciplină academică ce vizează cercetarea fundamentală sau aplicată, al cărei domeniu este foarte vast, pentru că se-ntinde de la biologic, dacă nu chiar biochimic, până la cultural, trecând prin psihologie. Această amploare este de o asemenea natură, încât în prezent este imposibil ca cineva să propună o sinteză.

Astfel, cuvântul „psihopatologie" este o moștenire a secolului al XIX-lea și este interesant să fie luat în calcul într-o perspectivă istorică, dar și ținându-se cont de evoluțiile actuale care sunt foarte importante și care ne bulversează schemele de gândire.

I. Practici clinice, practici de cercetare

Binecunoscuta falsă opoziție dintre psihologia clinică și psihologia experimentală, fondatoare a psihologiei clinice, contopește mult prea rapid două domenii care nu se pot asimila unul altuia. Psihologia experimentală nu mai există ca atare, cea care dăinuiește este metoda experimentală și, de altfel, aceasta nu este specifică psihologiei, ci cercetării științifice. Pornind de la date culese în mod obiectiv, ea permite tratarea informațiilor conform normelor în vigoare ale cercetării. Psihologia clinică nu este diferită deoarece „metoda clinică" s-ar sustrage, prin esență, reducționismului științific, ci, mai simplu, pentru că este o meserie, iar nu un domeniu de cercetare, care încearcă să înțeleagă și să transforme partea umană a disfuncțiilor psihologice. Aceasta este motivul pentru care ea se centrează, și încă de la crearea sa în 1896, pe individ în totalitatea lui. Prin urmare, nu există vreo opoziție între metoda experimentală și metoda clinică, există cunoștințe științifice generalizabile în psihologie, în psihopatologie, în neuroștiințe și cunoștințe pragmatice, în cazul de față clinice, care permit legarea într-un întreg semnificant a unor fapte eterogene. Observațiile clinice prezentate de Plaza și Cohen ne ilustrează discursul.

II. Psihopatologie și epidemiologie

a. Normalitate și patologie

Dacă studiem fenomenele psihopatologice dintr-o perspectivă epidemiologică, ne dăm seama că rezultatele sunt adesea surprinzătoare. Toate cercetările afirmă, și acesta este un lucru foarte bun, că nu există nici o posibilitate de a defini în mod pragmatic, pe niște baze științifice, ceea ce înseamnă să fii normal: „Există un continuum între

procesele pe care unii le-ar califica fie ca normale, fie ca patologice" (A. Bourguignon, 1994, p. 240).

Această constatare savantă determină dispariția iluziei ce s-a aflat la originea definirii psihologiei clinice, care ar fi aceea a omului normal, opusă celei a psihiatriei, care ar fi cea a omului bolnav. Faptul acesta nu vrea să însemne că nu există norme de comportament și judecăți de atribuire socială, acestea sunt foarte pregnante, dar sunt legate de mediul cultural, *a priori* foarte reale și schimbătoare în funcție de civilizații și istorie.

b. Stabilitate, instabilitate a simptomelor, comorbiditate

Dacă studiem normele patologiei, ne dăm seama că sunt, în esență, variabile: „Datele epidemiologice arată că repartiția tulburărilor într-o populație generală se face în mod diferit, în funcție de felul în care clinicienii o imaginează atunci când o inferează pornind de la problemele puse de persoanele care îi consultă. În primul rând, procentajul populației generale care îndeplinește cel puțin un criteriu diagnostic este extrem de mare. Ultimele rezultate confirmă, în studii dintre cele mai extensive în țările occidentale, că între o treime și jumătate din populația generală ar fi afectată de cel puțin o tulburare mentală de-a lungul vieții. Mai mult, aceste rezultate arată că majoritatea indivizilor ce prezintă tulburări mentale nu vin niciodată la un consult. Totuși, cele mai uimitoare rezultate extrase din aceste studii epidemiologice dovedesc că majoritatea persoanelor vizate va fi confruntată cu asocierea a două tulburări psihiatrice sau mai multe. În cea mai mare parte a populației, tulburările sunt puternic asociate, deoarece persoanele care nu prezintă decât o tulburare constituie 20% din efectivele vizate, cele care prezintă două alcătuiesc 30% și cele care sunt afectate de trei tulburări și mai multe formează 50%. Ceea ce înseamnă că 80% dintre subiecții care prezintă tulburări psihice sunt vizați de fenomenul de comorbiditate. Cele mai frecvente forme de comorbiditate se referă la tulburările cele mai răspândite în populație: anxietate, depresie și alcoolism. Prezența uneia dintre aceste tulburări crește în general de două sau trei ori riscul apariției uneia dintre celelalte două" (J. Doron, J. Swendsen, 2001, p. 1).

În populația generală, cele mai multe tulburări apar și dispar în mod spontan, „stările mentale numite patologice sunt în general tranzitorii sau intermitente" (A. Bourguignon, 1994, p. 241). Trebuie să se înțeleagă că aceste rezultate nu se referă decât la repartiția tulburărilor într-o

populație dată fără să se țină cont de indivizi, pe când psihologii întâlnesc nu niște tulburări care pot să fie tratate cu medicamente, aceasta fiind treaba medicilor, ci niște indivizi cu particularitățile și istoria lor, care iau sau nu medicamente. Legile generale sunt totuși valabile, mai ales această variabilitate a tulburărilor în timp, variabilitate care face ca noțiunea de structură să devină învechită.

Înțelegem prea bine că modelele de nevroză, psihoză și stare limită au o importanță istorică incontestabilă, permițând descrierea anumitor fenomene psihopatologice pe cale de stabilizare. Dimpotrivă, în realitatea unei populații, cea care predomină este instabilitatea. Aceasta se află în raport cu unele manifestări emoționale (angoasă, depresie) și fenomene psihofarmacologice legate de utilizarea unor substanțe psihoactive. Mecanismele biologice, psihologice și sociale care intervin îngăduie înțelegerea unei intuiții a lui S. Freud, potrivit căreia dimensiunea psihopatologică nu se manifestă prin intermediul unei fantasme oarecare ori al unui mecanism de apărare, ci în repetiția și aservirea acestora (comportament de eșec, compulsie la repetiție, instinct de moarte). Nu se explică de ce aceste fenomene apar, ci cum se manifestă.

c. Interacțiuni biopsihosociale

În această perspectivă, faptele psihopatologice care se manifestă prin apariția unor simptome, dar mai ales prin repetiția acestora, sunt situate într-o perspectivă mai generală ce integrează mai multe puncte de vedere. Ceea ce nu era decât în stare de eboșă ori de intuiție la sfârșitul secolului al XIX-lea în scrierile lui Freud se verifică, mai ales primatul apariției angoasei ce este confirmat de epidemiologie. Dimpotrivă, depresia și consecințele utilizării substanțelor psihoactive nu erau cu-adevărat luate în calcul. Compulsia la repetiție, pusă în evidență de S. Freud, este un concept foarte pertinent, căci permite înțelegerea instăpânirii progresive a simptomelor asupra individului. Teoriile atașamentului arată că ființa umană este înainte de toate o ființă socială aflată în relație cu alte ființe sociale. Calitatea și soliditatea relației cu mediul familial și social au un efect moderator asupra apariției și repetiției simptomelor la un individ. De asemenea, anumite elemente precum vulnerabilitatea și reziliența, care se construiesc într-o interacțiune biopsihologică, mai ales în perioada copilăriei mici, pot să aibă consecințe moderatoare sau agravante asupra istoriei indivizilor.

III. Diagnostice descriptive și modele psihopatologice

Diagnosticul pune anumite probleme, acestea fiind de ordinul comprehensiunii acestui act atât de important în medicină și în psihologia clinică. Pentru că opuneau în mod simplist nevrozele și psihozele, vechile categorii nosografice și-au pierdut orice legitimitate diagnostică sub efectul a două tipuri de date. Sistemele diagnostice de timpul DSM-IV ori ICD-10 nu le iau în calcul în această dihotomie simplificatoare. Lucrările din psihopatologia copilului și adolescentului, de limbă franceză, mai ales de inspirație psihanalitică, arată că aceste tulburări pot să apară ori să dispară fără să fie structurate ca atare. De fapt, există o confuzie: un diagnostic nu se referă decât la o apariție a unor simptome și la o repetiție a acestora, el nu trimite în nici un fel la personalitatea individului vizat.

Pentru clinicieni (psihologi și psihiatri), problema este mai complexă, căci este greu să tratezi indivizii fără să le iei în calcul mediul, istoria, personalitatea și complexitatea fenomenelor observate. Conceptele de nevroză, psihoză, stare limită și traumatism își păstrează pertinența nu ca diagnostic, ci ca modele ce permit integrarea istoriei, a personalității și psihopatologiei persoanelor pe care le întâlnesc clinicienii. Demersul taxonomic în psihopatologie nu se ocupă de indivizi, ceea ce este normal, deoarece nu acesta îi este obiectul, ci îngăduie numirea și situarea tulburărilor acestor indivizi și, astfel, evaluarea gravității lor.

E. Concluzie

de Jack Doron

I. Existență, suferință

Suferința și culpabilitatea, atât de adesea evidențiate în psihologia clinică, au o origine iudeo-creștină, deși faptul acesta este de multe ori ignorat sau negat. Ele pun accentul pe o poziție filosofică existențială potrivit căreia omul este sfâșiat (K. Jaspers) și a cărui autentici-

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARA

tate se revelează prin intermediul angoasei și a vertijului (Pascal, Kierkegaard), „angoasa propriu-zisă este semnul sentimentului autentic al condiției umane" (E. Mounier, 1962, p. 52). Luciditatea devine astfel greu de susținut, căci suntem confruntați cu „finitudinea și inevitabilitatea morții" (*ibid.*, p. 58). Viața, adesea absurdă, devine un divertisment (Pascal) psihologic, psihopatologic și social ce duce la alienare. Dimensiunea transcendentală a ființei umane este greu de suportat, deoarece „existența omenească este ființa-pentru-moarte" (*ibid.*, p. 61). Acest punct de vedere filosofic, lucid și inconfortabil, încearcă să îmblânzească moartea, „prezentă în fiecare clipă a vieții mele, în chiar actul meu de a trăi" (*ibid.*, p. 61). Cunoașterea morții și a propriei morți ce se va întâmpla cândva este o sursă de negare, de angoasă, de depresie și de posibilități creatoare ce se sustrag în parte domeniului cu toate acestea atât de vast al psihopatologiei. Într-adevăr, nu există un tratament psihopatologic al angoasei existențiale, poate numai implicarea în chiar propria noastră viață.

Toate psihoterapiile în definițiile lor din secolul al XIX-lea încoace, inclusiv la Freud, au ca scop să determine dispariția simptomelor, iar nu a suferinței legate de greutățile vieții. Potrivit lui Jaspers, aceasta din urmă ține de religia ori de filosofia personală, iar nu de psihopatologie: „Am văzut că psihoterapia s-a născut din medicină, dar până acum s-a emancipat. Ea este o mărturie a slăbirii credinței, în sensul tradiției ecleziastice, în vremurile noastre. Psihoterapia vrea să trateze nu doar nevroticii, ci și adânca tristețe a sufletelor și pe om de propriu-i caracter. Ea are o legătură, nu tradițională, ci spirituală, cu confesiunea, purificarea interioară, curățarea sufletului în vremurile de credință. Cerințele și promisiunile sale se adresează omului în general. E greu de spus ce anume ne rezervă" (Jaspers Karl, 1955, pp. 42–43).

II. Subiect, etică

Psihanaliza, care a viețuit mult timp în Franța într-o relație de dependență reciprocă cu psihologia clinică și psihiatria, a vehiculat un mesaj complex, format din observații clinice, anglo-saxone în esență, și dintr-o postură filosofică, novatoare la vremea aceea, ce valoriza persoana, fiind astfel fidelă tradiției creștine. Și-a apropriat mai apoi, adesea în mod confuz, noțiunea filosofică de subiect. Deși a durat

mult până ce s-a instaurat dintr-un punct de vedere clinic, respectul față de persoana bolnavă și suferindă a fost inițiat în mare parte, cel puțin în Franța unde religiile nu sunt la fel de puternice, instituțional vorbind, ca în alte țări, de asociațiile de bolnavi sau de rude ale bolnavilor. Acest mesaj a fost acceptat, legea protecției bolnavului[3] (2002), de asemenea. Lucrul acesta are o consecință: bunele practici diagnostice, de expertiză judiciară și de psihoterapii nu trebuie să fie lăsate doar la aprecierea clinicienilor, ci trebuie să țină cont și de rezultatele cercetării științifice, chiar dacă acestea din urmă pot să-i surprindă și să-i șocheze pe clinicienii care nu cunosc respectivele realități din cauza unei pregătiri discontinue.

În același fel, deontologia și etica (O. Bourguignon, 2003) apar în anumite cursuri de psihologie clinică. În practicile actuale se ivesc și alte chestiuni în care problemele etice sunt mai importante decât problemele tehnice, mai ales în cazurile violențelor și abuzurilor sexuale. Și atunci când se lucrează în domenii vechi, ca medicina bolilor grave și cronice, dar și mai noi, precum consilierea genetică sau tratamentele paliative, luarea în calcul a diferenței și complementarității dintre tehnica medicală și psihologică și chestiunile etice îi fac pe clinicieni să se confrunte cu noi probleme și la ora actuală imposibil de tratat dacă cele două nu sunt deosebite.

III. Pentru o renaștere a psihologiei clinice

Psihologia clinică este o disciplină compozită care a cunoscut o serie de conflicte permanente ce nu-i aparțin: conflicte filosofice, medicale, psihanalitice. Ar fi vremea ca ea să-și descopere o existență proprie. Pentru aceasta, trebuie să abandoneze câteva iluzii, printre care unitatea de paradigmă. Dacă în prezent psihanalizele sunt încă foarte dominante în Franța, ar fi păcat ca, într-un moment de răscruce, psihologia clinică să devină decât cognitiv-comportamentală, ceea ce ne-ar duce la o nouă simplificare abuzivă. Curentul eclectic dominant la psihologii americani și canadieni ne pare cel mai promițător, căci permite posibilitatea coabitării, la didacticieni și profesioniști, a unei preocupări pragmatice care îngăduie interesul față de chestiuni sau

[3] Este vorba despre Legea 2002-303 din 4 martie 2002 referitoare la drepturile bolnavilor și la calitatea sistemului de sănătate (*N. t.*).

probleme clinice lipsite de *a priori*, de răspunsuri întru totul doctrinale. Pentru aceasta, ne pare necesar să existe niște relații mai sănătoase și, prin urmare, mai distante cu curentul psihanalitic și mai ales cu numeroasele conflicte și sciziuni inerente acestei discipline. Astfel, este necesar ca, în orice universitate, predarea psihologiei clinice să nu se limiteze, așa cum este adesea cazul la ora actuală, la un curent ori subcurent oarecare al unei psihanalize pe cale de fragmentare ori descompunere, căci studenții au dreptul la libertatea de gândire, ca, de altfel, și corpul didactic.

S-ar putea înțelege cu ușurință că, în istoria sa, dintotdeauna a existat o înfruntare între un naturalism în mod obligatoriu reducționist, provenit din metoda experimentală în medicină și psihologie și al cărui scop este acțiunea eficientă, și o atitudine holistică în esență psihodinamică (fenomenologică, psihanalitică, umanistă) care regrupează faptele într-un tot semnificativ. Primul mod este de ordinul lui a face, „element masculin", al doilea este de ordinul lui a fi, „element feminin" (D.W. Winnicott, 1975, p. 112). Aceste atitudini nu ne par antagoniste, ci complementare. Lucrul acesta nu poate fi, desigur, înțeles decât în măsura în care psihologii clinicieni au beneficiat de un învățământ de calitate în care aceste puncte de vedere diferite sunt prezentate în mod obiectiv și asimilate în mod real.

O altă iluzie la care trebuie să se renunțe este aceea care constă în confundarea cercetării științifice, necesare pentru susținerea evoluției pe termen scurt a specialității, și a practicii clinice, în care situațiile abordate sunt nu numai reale, ci și complexe. Nu există o legătură de subordonare a unei practici sau a unei alteia, chiar dacă cercetarea continuă să fie supravalorizată în cadrul universitar, ceea ce este un lucru coerent dacă se ține cont de misiunea sa. O pregătire profesională privită cu seriozitate presupune luarea în calcul a perspectivelor de angajare, ceea ce nu se întâmplă nici pe departe în prezent, dar și ca formarea clinică a psihologilor să fie dezvoltată cu tot atâta atenție ca în cercetare.

N-are nici un rost să ne imaginăm o disciplină care se dezvoltă fără conflicte, dar pe acest plan psihologia clinică este inutil de bogată. Pare necesar ca această disciplină să-și dovedească maturitatea, situație la care încă nu s-a ajuns, eliberându-se de conflictele ce nu-i aparțin, utilizând pentru a se reînnoi cunoștințele provenite din cercetarea științifică academică, dar și din disciplinele menționate mai sus. Altfel, ea va cădea în dogmatism și intoleranță. Nu există o psihologie clinică, ci psihologii clinice. Unele fac mai ales legătura dintre corp,

creier și viața psihică prin intermediul emoțiilor și cogniților, altele insistă mai degrabă pe dimensiunea socială (familială și culturală) a fenomenelor observate. Psihopatologia, care este o disciplină de cercetare, nonpragmatică, permite înțelegerea, cu ajutorul cunoștințelor științifice, a complexității fenomenelor observate.

În ciuda patimilor ivite din propria-i istorie, datorate faptului că identitatea-i originară este eterogenă, psihologia clinică franceză păstrează o bogăție ce n-are seamăn în Europa. Ar fi o tragedie ca unei gândiri de-a gata, în esență psihanalitică, să i se substituie o tiranie cognitiv-comportamentală sau un reducționism neuropsihofarmacologic. Din motive etice și tehnice, ființa umană trebuie luată în calcul în practica profesională ca un întreg, aceasta fiind însăși definiția psihologiei clinice. Pe de altă parte, este nevoie ca un minimum de formare filosofică și antropologică să le îngăduie psihologilor clinicieni să înțeleagă faptul că disciplina lor, mai ales competențele de a pune diagnostice și de a conduce psihoterapii, nu trebuie confundată cu etica, morala și metafizica ce țin de filosofie și religii.

Lecturi recomandate

O listă de lucrări tratează despre diversele practici ale psihologiei clinice: unele se organizează în jurul studiului de caz (J. Doron, 2001, *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*; N. Dumet, J. Ménéchal, 2005, *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*; J.-L. Pédinielli, L. Fernandez, 2005, *L'observation clinique et l'étude de cas*, Armand Colin). Altele se centrează pe instrumentele și practicile din psihologia clinică (K. Charkaoui, H. Bénony, 2003; R. Perron și col., 1997; D. Petot, 2003; S. Sultan, 2004) sau pe o perspectivă psihanalitică (E. Séchaud și col., 1999). Lucrările lui W. Huber (1987, 1993), S. Ionescu (1991) și J.-L. Pédinielli (1994, 2005) fac un tur de orizont foarte complet al evoluțiilor psihologiei clinice în Europa și Statele Unite. În sfârșit, în ceea ce privește însăși istoria acestei discipline, o lucrare este esențială, cea a lui Claude Prévost (1988, 2003). Este totodată scurtă, documentată mai cu seamă din punct de vedere istoric și deschide perspective asupra posibilelor evoluții actuale. Dimensiunea etică este abordată în cartea lui O. Bourguignon, *Questions éthiques en psychologie*, 2003.

2. Bazele teoretice ale psihologiei clinice și psihopatologiei

de Monique Plaza și Henri Cohen

Psihologia clinică s-a constituit pe la 1880, în aceeași perioadă ca și psihopatologia — „studiul bolilor mentale" — și, prinsă la mijloc între psihologia ca „studiu științific al vieții mentale" și „clinica" domeniului medicinei, ea traversează, încă de la crearea sa, crize recurente de identitate.

La ora actuală, psihologia „clinică" este încă de multe ori opusă psihologiei „experimentale". Clinica ține de tratament, de individul în suferință, de practică, ceea ce-i explică legăturile strânse cu psihopatologia. Predată în anumite universități, ea este puțin reprezentată în Franța în instanțele oficiale de cercetare (INSERM[4], CNRS). Cercetările pe care le inițiază sunt adesea niște obiective aplicate. În schimb, psihologia experimentală este mai mult centrată pe cercetarea fundamentală și nu se ocupă decât de puțin timp încoace de aplicațiile lucrărilor sale.

Multă vreme, psihologia clinică a studiat tulburările, disfuncțiile, psihopatologia (*pathos* înrădăcinându-se din punct de vedere etimologic în *suferință*). Psihologia experimentală nu se ocupa defel de tulburări, surse clare ale unor artefacte. De câțiva ani încoace, psihologia experimentală, care se consideră mai degrabă cognitivă, și-a arătat interesul față de tulburări și disfuncții, dar în esență pentru a proba anumite modele și pentru a confirma unele ipoteze de lucru referitoare la funcționarea normală. Uneori, ea a recurs chiar la simulări pe calculator pentru a modeliza anumite disfuncții.

Unii cercetători în psihologie experimentală resping dimensiunea afectivă și emoțională, asimilând funcționarea mentală și tratamentul modular al informațiilor. Ei sunt de părere că stările mentale sunt „reductibile la un număr restrâns de distincții elementare (...), compara-

4 Institut national de la santé et de la recherche médicale (*N. t.*).

bile cu un sistem de semne și de simboluri organizate într-o combinație internă, de exemplu formalizările matematicienilor sau enunțurile limbilor naturale" (Mehler, Dupoux, 1988). Într-un asemenea model teoretic, motivațiile și componentele afective sunt considerate ca ținând de o „psihologie a tuturor", o „psihologie spontană, lipsită de orice fundament" (*ibid.*). Totuși, numai studierea „mașinăriei cognitive" fără explorarea celorlalte caracteristici ale psihismului uman constituie un demers științific reductiv. Pentru a-l parafraza pe Damasio, dacă „eroarea lui Descartes" a fost să acorde o funcție preponderentă lui *Cogito...*, „Spinoza avea dreptate" să pună emoția acolo unde-i este locul în cadrul cogniției (Damasio, 2001, 2003). Este interesant să subliniem că anumiți susținători ai psihologiei experimentale au introdus în modelul lor, alături de cogniție, conceptul de „conație" (Reuchlin, 1990) și recunosc existența unor „interacțiuni între afecte și cogniție" (Richard, 1991). Un întreg curent al psihologiei cognitive consideră că este indispensabil să se reia studiul fenomenelor afective, prin crearea unor noi paradigme și a unor noi metode. De altfel, psihologia cognitivă a adus, în raport cu curentul behaviorist, o relativizare a conceptului de *observabil*, care este temperat prin conceptul de *inferabil*. Calea deschisă de acest concept este importantă, permițând introducerea dimensiunii intenționalității în comunicarea dintre locutori (Dennett, 1990) și luarea în calcul a „teoriei spiritului" care îngăduie interpretarea gândurilor, dorințelor și temerilor altora (Leslie, 1985, 1987; Baron-Cohen, 1998).

Între abordarea clinică și perspectiva experimentală, între cogniție și emoție, între funcționarea normală și psihopatologie, hăul nu este totuși într-atât de netrecut cum pare pentru psihologie.

A. Puțină istorie

Este adevărat că psihologia contemporană s-a constituit la sfârșitul secolului al XIX-lea, emancipându-se de filosofie, apropiindu-se de fiziologie și revendicând experimentarea ca garant al caracterului științific. Astfel, Fechner, Von Helmoltz, Wundt, Galton, Ebbinghaus au studiat în laborator senzațiile și percepțiile, utilizând anumite paradigme experimentale.

Și din punctul de vedere al învățământului, orientarea experimentală și fiziologică a fost de la bun început dominantă. În 1888, o catedră de psihologie experimentală și comparată, înființată la Collège de France, a fost ocupată de Ribot până în 1901. În 1889, laboratorul de Psihologie experimentală, creat la Sorbona, a fost condus succesiv de Beaunis, Binet, Piéron, Piaget, Fraisse. În 1921, s-a deschis Institutul de psihologie de la Universitatea din Paris, la inițiativa lui Piéron, pentru care, în 1923, a fost înființată o catedră de fiziologie a senzațiilor la Collège de France. Sub determinanta influență a lui Piéron, psihologia a privilegiat apropierea de fiziologie (să amintim că verificarea cunoștințelor de psihofiziologie, inclusă în licență, este obligatorie începând de atunci), administrarea probei în laborator și a respins orice formă de „mentalism" (Reuchlin, 1957).

Atunci când Janet a încercat să creeze în Franța o psihologie clinică, autonomă de medicină și psihologia experimentală și legată de psihopatologie, s-a lovit de diverse opoziții: laboratorul său de la Salpêtrière a fost închis de către Déjerine în 1910, iar Piéron l-a îndepărtat, în 1912, de la conducerea laboratorului de psihologie fiziologică de la Sorbona (Prévost, 1973).

Alți cercetători, ca Wertheimer, Köhler, Koffka, au încercat și ei să scoată psihologia din cadrul experimentului *stricto sensu*: au propus la Berlin Gestalt-Teoria (Köhler, 1964) care evidenția caracterul integrat al oricărei structuri, în timp ce Binet studia procesele intelectuale în afara laboratoarelor, în cadru școlar, creând acum aproape o sută de ani primul test de inteligență. Wallon, filosof și medic, și-a consacrat cercetările dezvoltării copilului, influențată, după părerea lui, de maturarea biologică și mediul social și scandată de crizele care provoacă o reorganizare a structurilor psihobiologice. Wallon a creat în 1927 Laboratorul de psihobiologie a copilului pe care l-a condus vreme de douăzeci și cinci de ani și a promovat în 1942 statutul de psiholog școlar (Wallon, 1941).

În 1949, Daniel Lagache — filosof, psihiatru și psihanalist — a susținut, în fața Societății evoluției psihiatrice, o conferință intitulată „Psihologia clinică și metoda clinică". Miza era importantă: în contrapondere cu o psihologie radical experimentală, el propunea un model mai integrativ al proceselor mentale. În fața unei psihiatrii care se afirma ca fiind preponderentă în abordarea fenomenelor patologice, el definea contururile unei discipline înzestrate cu obiectele și metodele sale

proprii. Unei psihanalize care ezita să se despartă de medicină, Lagache îi propunea să intre în psihologie (Lagache, 1949).

Această extindere în afara cadrului medical a generat în Franța un conflict instituțional major. În 1951, Consiliul ordinului medicilor a intentat un proces unei psihanaliste care nu era medic. Unii psihiatri au propus integrarea psihanalizei în medicină; alții (printre care Daniel Lagache, Jacques Lacan, Juliette Favez-Boutonier sau Françoise Dolto) au revendicat principiul „analizei laice" — „laicitatea" fiind aici sinonimă cu independența în raport cu medicina (Roudinesco, 1982).

Totuși, contestat fiind de numeroși psihiatri, proiectul unificator al lui Lagache a fost și el cu însuflețire pus sub semnul întrebării de filosoful Georges Canguilhem. Într-o conferință intitulată „Ce este psihologia?", Canguilhem a exprimat temerea ca psihologia să nu devină un „empirism compozit, literalmente codificat în scopuri didactice", ca ea să nu amestece „cu o filosofie lipsită de rigoare o etică neexigentă și o medicină fără de control". Potrivit acestuia, proiectul de unitate a psihologiei formulat de către Lagache „seamănă mai degrabă cu un pact de coexistență încheiat între profesioniști decât cu o esență logică", psihologia necâștigând nimic prin emanciparea de sub controlul epistemologic al filosofiei (Canguilhem, 1966).

În ciuda acestor critici diverse, proiectul unei psihologii clinice s-a menținut. Noi chestiuni (criminalitatea, delincvența, eșecul școlar, psihopatologia copiilor, educația sexuală) au fost ridicate în câmpul social și nu aflau defel un loc unde să fie luate în calcul și tratate. Psihologia clinică, ce se propunea ca o abordare „totală" a individului „în situație" și îmbina mai multe axe teoretice și practice, a părut că poate să ofere un cadru acestor probleme.

Învățământul lui Lagache a continuat și s-a prelungit. În 1959, a fost creat la Sorbona primul „Laborator de psihologie clinică", sub direcția lui Juliette Favez-Boutonier, medic, filosof și psihanalist. Ca și Canguilhem, Favez-Boutonier a pus în gardă psihologia clinică împotriva tentației empirismului și a afirmat, cu mult mai multă limpezime decât o făcuse Lagache, primejdia subordonării psihologiei la conceptul de adaptare: „O știință a psihismului uman nu se poate fundamenta pe o filosofie deghizată. Dacă e necesar să ne raportăm la niște norme, trebuie să știm de unde vin" (Favez-Boutonier, 1959, 1962).

J. Favez-Boutonier, care definea psihologia clinică drept o disciplină ce reunește practica și cercetarea, a intrat în 1942 într-un laborator

de filosofie al CNRS (sub conducerea lui Bachelard) și se ocupa simultan de copiii cu tulburări psihice din serviciul profesorului Heuyer. În materia predată îmbina acești doi versanți, teoretici și practici, ai psihologiei clinice — așa cum continuă s-o facă și astăzi cercetătorii clinicieni.

Psihologia clinică este pentru Favez-Boutonier „o abordare controlată a omului de către om într-o situație de implicare reciprocă", ceea ce este antinomicul abordării experimentale și al dispozitivului clinic, care tind, amândouă, spre obiectivare. Dar cum să dobândim această capacitate de implicare și cum să-i controlăm efectele? Cum cursurile universitare nu ofereau nici o pregătire în acest sens, Favez-Boutonier preconiza diverse formări (grupuri Balint, reverie, psihanaliză), achiziția anumitor cunoștințe sociologice, culturale și filosofice permițându-i psihologului clinician să-și extindă câmpul comprehensiv.

Anii '60 au consacrat pe plan instituțional sciziunea psihologiei în Franța. La CNRS, în 1964, psihologia, care era până atunci parte integrantă a „Științelor umane", s-a alăturat „Științelor vieții" și a dezvoltat o serie de paradigme exclusiv experimentale în laboratoare. Secția Științelor vieții din CNRS s-a deschis în mod progresiv în fața psihologiei cognitive, a neuroștiințelor. Clinica a devenit un domeniu respins în afara limitelor caracterului științific instituțional. În anul următor, 1965, Laboratorul de psihologie clinică a migrat de la Sorbona spre Centrul Censier. Condus de Juliette Favez-Boutonier și apoi de Claude Revault d'Allones, acest laborator a fost, zeci de ani, instigatorul unui învățământ și al unei cercetări diverse, ce integrează psihopatologia, psihologia lewiniană, fenomenologia, tehnicile proiective, Gestalt-teoria și psihanaliza.

În 1968, psihologia clinică a constituit obiectul unor critici venite din mai multe tabere. Pe de o parte, psihologul clinician a fost acuzat de anumiți filosofi și sociologi că este un „agent al controlului social" (cel care a fost numit pe băncile universităților „psihopolițaiul aplicator de teste"). Pe de alta, Consiliul ordinului medicilor a indicat, în 1970, că psihologii sunt niște auxiliari medicali autorizați să administreze teste pe care numai medicii sunt abilitați să le interpreteze și că le este interzis să vadă bolnavi, să pună diagnostice și să facă psihoterapii: „Trebuie să li se impună să fie doctori în medicină", „problema va fi rezolvată atunci când acești psihologi vor fi medici". În sfârșit, psihologia clinică a cunoscut o criză de identitate în raport cu

psihanaliza, rudă apropiată și parteneră din ce în ce mai hegemonică (Plaza, 1989).

Atacată pe un flanc de psihologia experimentală pentru că punea în centrul dispozitivului său noțiunea de observație și de observator implicați, acuzată de medicină de ilegimitate, renegată de psihanaliză din pricina multiplicității referințelor sale teoretice și practice, psihologia clinică s-a deschis multor problematici, ocupându-se de clasele sociale, de gen, de specificitățile culturale, de plictiseală, de situațiile de recluziune, de habitat, procreare, suicid (Huber, 1987; Prévost, 1988). Totuși, dacă această deschidere era interesantă pentru învățământ și cercetare, ea nu rezolva defel problema practicii clinice.

Într-adevăr, trecând prin filtrul criticii bazele și funcțiile examenului psihologic, psihologii clinicieni au fost cuprinși de o inhibiție crescândă în fața ideii aplicării testelor. Respingând nosografiile în care bolnavii erau clasificați în stil botanic, s-au îndepărtat de psihiatrie și de o anumită formă de psihopatologie. Din acel moment, psihologilor clinicieni nu le mai rămâneau decât două roluri în domeniul sănătății: acela de moderator în instituții și acela de psihoterapeut, cu trecerea, la vremea aceea aproape obligatorie, prin psihanaliză. De câțiva ani încoace, divanul psihanalitic nu mai este totuși la fel de exclusiv, deoarece au apărut, în Franța, formări în terapiile cognitive sau comportamentale, de cele mai multe ori oferite în afara universităților.

La începutul anilor '80, profesorii, cercetătorii practicieni care apărau psihologia clinică i-au conferit psihologului clinician două funcții principale. Pentru unii, ca Jacques Gagey (1980), cea de psihoterapeut (cu formare psihanalitică); pentru alții, ca Perron, Perron-Borelli (1970) sau Guillaumin (1977), cea de specialist în examenul psihologic. Aceștia din urmă au subliniat impasul în care se închid psihologii clinicieni atunci când refuză să răspundă unei cereri de examinare și diagnostic. Psihologia clinică trebuie să aibă o abordare critică a instrumentelor, demersului, fundamentelor sale.

Evoluția statutului și a profesiei de psiholog a contribuit la o mai bună definire a atribuțiilor și a câmpului său de competențe. Prima misiune a psihologului clinician este să participe la abordarea diagnostică, iar cea de-a doua, să-și îngrijească pacienții.

B. Psihologia clinică și demersul diagnostic

Dependența ei față de psihanaliză, refuzul său de a aplica teste au determinat o parte a psihologiei clinice franceze să adopte o concepție pur psihoafectivă a tulburărilor. Neavând încredere în abordările considerate „obiectivante", o întreagă generație de psihologi clinicieni a neglijat un concept fundamental: cel de diagnostic diferențial, aplicându-le tuturor tulburărilor același tip de abordare teoretică și terapeutică. Or, psihologia clinică are niște atuuri în participarea la diagnosticare, îmbinând rigoare și complexitate.

I. Practica nuanțată a testelor

Să luăm ca prim exemplu sarcinile, testele și probele care permit o obiectivare (măsurare a mediilor și a abaterilor standard) a anumitor capacități cognitive, lingvistice, perceptive sau emoționale ale copiilor. Recurgerea la aceste instrumente, ce corespund unor registre pe care cercetătorii doresc să le exploreze și obiectiveze, dar fără să se supună unui mod de interpretare prea reductive, este indispensabilă. Astfel, cele mai multe dintre testele numite proiective sau de personalitate au fost elaborate cu o grilă de interpretare de tip psihanalitic, ceea ce nu îngăduie o analiză subtilă a experienței copilului. Într-adevăr, aceste teste se centrează pe anumite dimensiuni simbolice (imago patern sau matern, experiențele Oedipului și de castrare, identificarea sexuală, geloziile și rivalitățile fraterne), iar nu pe mecanismele psihice pe care copilul le utilizează pentru a-și organiza experiența și pentru a-i da un sens. Totuși, unele dintre aceste probe (cum este testul *Rorschach*) pot fi folosite pentru analizarea, de pildă, a modului de structurare vizuală a unui copil.

Problema pe care și-o pune clinicianul — dincolo de evaluarea indispensabilă a performanțelor și competențelor — este aceea de a ști ce sens dă copilul acestor sarcini, cum își reprezintă el situația ce i se propune și cum își modulează răspunsul în funcție de ceea ce-și imaginează. Așa cum sublinia Reuchlin, psihologia experimentală a dezvoltării nu a ținut multă vreme cont de diferențele individuale dintre subiecții studiilor sale și a îndepărtat din sălile de experiențe copiii

care se agitau și plângeau, bulversând mediile și extinzând la infinit marjele abaterilor standard (Reuchlin, 1990). Psihologul clinician trebuie, în ceea ce-l privește, să fie atent la felul în care copilul realizează sarcinile propuse: în situație de examinare, scorurile subiectului pot, într-adevăr, să fie influențate de neatenție, absența motivației, teama de eșec, agitație. Reticența unui copil, inhibiția sa, tăcerea ori mutismul, absența surâsului, agitația, nerăbdarea, lipsa de atenție, rupturile de contact, evitarea privirii, lacrimile, furiile, aparenta dezinvoltură sunt niște comportamente pe care clinicianul le poate înregistra, codifica și introduce în propria-i observație, alături de rezultatele de la probele cognitive, proiective sau de limbaj. Și modificarea comportamentelor în cursul aceleiași ședințe sau în timp este un element de observație pertinent.

Chestionarele sunt niște tehnici care încearcă să culeagă, într-un mod cantitativ, date calitative. Dar sunt ele oare, numai din acest motiv, niște instrumente întru totul obiective și riguroase, mai ales atunci când vizează domeniile emoției, aspirațiilor, afectivității? Într-adevăr, subiectul chestionat răspunde în funcție de felul în care interpretează și de ceea ce vrea să comunice în privința situației. Un chestionar despre copil completat de părinții acestuia nu oferă o descriere a copiilor, ci o imagine a acestora în cercul familial, imagine mai mult sau mai puțin deformată, mai mult sau mai puțin vagă, potrivit tipului de interacțiuni părinți/copii și a reprezentării pe care părinții o au despre propriul copil. Sarcini și chestionare implică, așadar, elemente cu o importanță la a cărei evaluare poate să contribuie abordarea clinică (Plaza, 1996).

II. Disfuncții elementare, tulburări complexe

Este necesar să considerăm tulburările și disfuncțiile ca pe niște moduri de organizare complexe și nu ca pe niște „simple" probleme psihoafective. Într-adevăr, progresul comun al psiholingvisticii, neuropsihologiei, științelor cognitive și al tehnicilor de investigație cerebrală a permis, în acești ultimi douăzeci de ani, dezvoltarea unor noi modele în domeniul numeroaselor tulburări care, clasic, țineau de axiomatica psihiatrică. Or, punerea în evidență a perturbărilor care afectează anumite mecanisme elementare — tratamentul vizual al

copiilor autiști, de exemplu (Mottron, 1998) — permite o mai bună înțelegere a unora dintre comportamentele lor.

Copiii psihotici prezintă momente de absență și de aparent dezinteres, pot să se automutileze ca și cum nu ar simți nimic. Totuși, unele experiențe ce le evaluează reacțiile psihogalvanice arată că pragul sensibilității lor este extrem de înalt (reacționează foarte puternic la stimuli foarte slabi, de ordinul mângâierii ușoare), care contrastează cu comportamentul de aparentă insensibilitate la durere. Dacă nu știm ce se ascunde în spatele acestei aparente insensibilități, putem răspunde în timpul consultațiilor cu niște feedbackuri care augmentează durerea și profundul sentiment de insecuritate ale acestor copii. Psihologul clinician care participă la diagnosticul diferențial trebuie întotdeauna să păstreze în minte aceste ipoteze de lucru, atunci când este nevoit să testeze un copil ce prezintă tulburări complexe, și să nu ezite să-și exprime incertitudinea, cerând să fie practicate explorări complementare în domenii care nu țin de resortul său direct, dar a căror funcție trebuie să o cunoască (electroencefalograme, explorări ale vederii, audiției...).

III. Analiza interacțiunilor și feedbackurilor în anamneză

În timpul stabilirii anamnezei, este important să se aibă în vedere anumite elemente ce țin de interacțiune și de modalitățile de feedback. Termenul de feedback, folosit la început în cibernetică, desemnează „acțiunea de control în retur". Acesta le aduce psihologiei clinice și psihopatologiei două dimensiuni pe care teoriile psihanalitice și psihodinamice le-au neglijat uneori: cea a interacțiunilor reciproce adulți/copii și cea a competențelor precoce ale bebelușilor.

Experiențele realizate cu femei însărcinate arată că fetusul, al cărui sistem auditiv este aproape matur încă de la vârsta de 24 de săptămâni, reacționează prin accelerarea sau decelerarea ritmului cardiac la anumite schimbări acustice ce par infime, ca de ordinul prezentării a două silabe auzite de către gravidă: „biba" nu este „babi" (Lecanuet *et al.*, 1987). Probabil că percepe și schimbările somatice și psihologice pe care le resimte femeia ce-l poartă. În același fel, gravida reacționează prin diferite afecte, sentimente și reacții fiziologice la senzațiile ce-i străbat corpul în timpul sarcinii, la mișcările fetusului și la

evenimente fericite sau nefericite ale vieții sale. Prin urmare, se poate presupune că, încă din timpul sarcinii, se instalează un sistem de feedback pozitiv și negativ, sistem care va da o anumită tonalitate primelor schimburi dintre nou-născut și mediul său.

Încă din prima zi de viață, omul este pentru bebeluș un „stimul" privilegiat (în sensul pozitiv de „persoană care prezintă interes" și nu numai „de obiect care captează atenția"). Într-adevăr, distincția dintre persoană și obiect este foarte precoce. Progresiv, bebelușul dezvoltă preferințe vizuale: ținte în mișcare, colorate, cu o configurație complexă și luminozitate medie, mai degrabă cu contururi curbilinii decât cu unghiuri drepte, linii verticale decât orizontale, figuri asimetrice decât simetrice, ținte care să comporte elemente mari sau multe elemente. El manifestă de timpuriu o preferință vizuală pentru chipul mamei, mai puțin atunci când acesta este înconjurat în mod neobișnuit de o glugă sau acoperit de o căciulă. Reacția de distanță pe care o manifestă față de persoanele străine nu este o rezistență, ci, fără îndoială, un mijloc de a se familiariza, progresiv, cu un altul, de a integra extrema diversitate a celorlalți. Bebelușul are și preferințe auditive: pare mai atent la limba sa maternă decât la celelalte limbi, este mai sensibil la cuvintele ce-i sunt adresate decât la cele care nu-i sunt destinate. În sfârșit, are preferințe gustative și olfactive: el „gustă" de pildă laptele matern, recunoaște mirosurile mamei sau ale persoanei care-i ține locul (de Schoenen și Livet, 1999; Streri, 1999; Lécuyer *et al.*, 1994 și 1996).

Relațiile diadice precoce sunt complexe și influențează puternic evoluția copilului, în cadrul căreia joacă un rol activ. El devine partenerul unei serii de schimburi care se află la baza dezvoltării sale sociale ulterioare. Astfel, își ajustează încetul cu încetul ritmurile biologice la ritmurile anturajului său (stare de veghe și de somn, alăptare cu alternanță de sugeri și pauze, reglată de fiecare dintre parteneri). Partenerii schimbului instaurează anumite interacțiuni față în față, bazate pe privire, expresiile faciale, vocalizări, atingere. Copilul dobândește din ce în ce mai multă competență pentru reglarea interacțiunii, devine un partener emițător și destinatar al comunicării, comunicare ce, potrivit lui Stern, are ca principală funcție să stabilească și să regleze un „acordaj afectiv" între copil și apropiații săi (Stern, 1989).

Psihologul clinician trebuie să fie foarte atent la aceste elemente atunci când stabilește istoria unui copil. Într-adevăr, este important

să nu impute *a priori* dificultățile interacțiunii copii/părinți numai părinților și să fie atent la tipul de feedback precoce adus sau nu de către copil.

> Emma era o fetiță afectată de o psihoză gravă: prezenta o absență a vorbirii și a limbajului, un retard motor masiv, o tulburare severă a interacțiunilor sociale. Interlocutorii privilegiați erau niște animale familiare pe care încerca să le imite și cu care se identifica (se târa în patru labe și schelălăia asemenea câinelui său). Mama Emmei avea deja un băiat mare și se credea „nefertilă" atunci când a aflat că e gravidă. La început, sarcina a fost o surpriză oarecum contrariantă (ea și soțul se simțeau cam „bătrâni"), apoi s-au bucurat când s-a născut o fetiță. Mama Emmei își amintea primele luni de interacțiune cu copilul cu un mare sentiment de culpabilitate: i se întâmplase adesea, atunci când hrănea bebelușul (fapt care-i lua multă vreme) să adoarmă, astfel încât, într-o zi, aproape că-l scăpase pe jos. Se vedea ca o mamă incapabilă să-și ducă micuța în brațe, o mamă „rea", lipsită de „preocuparea maternă precoce", potrivit expresiei lui Winnicott. Or, Emma fusese un bebeluș foarte aton, ce ațipea mereu, nu sugea, nu țipa niciodată, nu căuta privirea adultului aplecat asupra sa și care trebuia stimulat încontinuu. Acest bebeluș adormit, absent, pasiv nu reușea să comunice cu mama sa, contribuind probabil la generarea unei stări de somnolență, de absență la aceasta din urmă.

Totuși, dacă bebelușul este coactor al acordajului, el se află și într-o stare de dependență obiectivă față de adulți. Un element este fundamental în dezvoltarea copilului: instaurarea comunicării referențiale, care permite schimbul cu o persoană în legătură cu un element exterior al diadei. Ea începe la sfârșitul primului an și îl va ocupa pe cel de-al doilea, perioadă în cursul căreia apar primele cuvinte. Se manifestă prin atenție vizuală combinată și gestul desemnării. La început, aceste practici sunt inițiate de către adult, copilul putând exclusiv să-și îndrepte atenția asupra a ceea ce se află în câmpul său perceptiv. În același fel, în fața unei situații ambigue, copilul recurge la o altă persoană ca sursă de informare și acționează apoi în funcție de aprecierea pozitivă sau negativă pe care această persoană a oferit-o despre situație (Ricard *et al.*, 1999). Toate acestea arată în ce măsură interacțiunile și feedbackurile propuse de mediu îl ajută pe co-

pil să-și găsească punctele de reper pentru a privi, asculta și înțelege lumea din jurul său.

Modalitățile de atașament dezvoltate de către anturaj pot totuși să fie foarte variabile. Unele pot să fie dominate de securitate, altele, de anxietate și evitare sau dezorganizare. Potrivit clasificării lui Lautrey (1980), familiile se repartizează în trei categorii. Tipul „suplu" propune niște reguli stabile pentru anumite activități (masă, somn, teme), adaptându-se totuși circumstanțelor. Tipul „rigid" nu se abate niciodată de la reguli. Tipul „cu structurare slabă" nu propune reguli. În acest tip de model, structurarea familială cea mai favorabilă dezvoltării copilului ar fi (cel puțin în anumite culturi) structura suplă. Intervin și coeziunea în cadrul grupului familial și deschiderea spre grupul social larg, ideile pe care părinții și le fac despre dezvoltare și educare, rețelele sociale în care sunt inserați copiii. Mai mult, intervine, bineînțeles, și mediul fizic proxim: spațiul disponibil, zgomote mai mult sau mai puțin intense, absența, prezența sau pletora de jucării, modul în care adulții investesc spațiul. Unii cercetători au identificat ca factori determinanți ai unui atașament securizant: atenția adultului la semnalele emise de către copil; interpretarea adecvată a acestor semnale; producerea unui răspuns apropriat și a unei capacități de control și totodată de compromis în relațiile mutuale. Atunci când aceste elemente factori de securitate lipsesc, copilul poate să reacționeze în diverse feluri, în funcție de temperament, resursele cognitive, maturitate, adică de propria sa personalitate. De exemplu, poate să țipe până ce obține un răspuns adecvat sau să se închidă în sine însuși (Tourrette, 1999).

Funcționarea și importanța interacțiunii față în față sunt ilustrate de experiențe diverse care vizează să observe reacțiile pe care le provoacă la copil modificarea interacțiunii normale: astfel, întreruperea subită a unui schimb sau refuzul interacțiunii din partea adultului prin prezentarea unei fețe „impasibile" provoacă la copil reacții diverse, de ordinul tristeții, confuziei sau al dezinteresului. Aceste reacții ale copilului arată că este atent la comportamentul adulților, dar și că stăpânește unele dintre regulile referitoare la schimburile lor. Totul se petrece ca și cum s-a aștepta ca adultul să răspundă în mod coerent și activ la propriile conduite (Mercelli și Catheline, 1999). Aceste experiențe „frustrante" reflectă ceea ce se poate întâmpla cu un copil care îndură în mod repetat efectele patologiei anturajului. Feedbackurile negative pot să ia forma unor răspunsuri neadecvate, de violență simbolică ori fizică, ce sunt susceptibile să genereze, la un

copil mic dependent, dificultăți de înțelegere, probleme de decriptare a situațiilor și forme de dezastru psihic.

Psihologii clinicieni sunt în general atenți la aceste diferite forme negative de interacțiune. Dar trebuie să-și aducă aminte că fiecare ființă umană poate să dezvolte capacități de rezistență, de reziliență atunci când se confruntă cu sisteme de feedbackuri familiale extrem de negative. Faptul acesta este posibil pentru că interacțiunile unui copil nu se realizează cu un singur adult, ci cu mai mulți și pentru că el își dezvoltă competențele sociale, cognitive și lingvistice prin intermediul comportamentelor de imitare și de comunicare cu ceilalți copii (Nadel, 1986). Orice copil poate să aibă parte de „întâlniri bune" care îi aduc feedbackuri pozitive și îi permit să găsească sprijin și să-și construiască repere narcisice suficiente. Dar lucrul acesta nu este posibil decât dacă dispune de resurse cognitive și psihoafective suficiente și dacă nu suferă de o maladie neurologică, de un handicap cognitiv ori senzorial sever care i-ar provoca fragilitate și vulnerabilitate.

Astfel, atunci când un copil suferă de tulburări profunde ale limbajului și ale vorbirii, el poate să se repete pentru a se face înțeles, să utilizeze gesturile și privirea ori să se închidă într-un mutism profund la care adultul poate să reacționeze încurajând copilul, reformulându-și discursul pentru a arăta că a înțeles mesajul (feedback pozitiv) sau prin dezinteres (feedback negativ). Trăirea copilului, raportul său cu dificultățile, felul în care se reprezintă depind, evident, de propria-i personalitate și de tipul de feedback pe care l-a primit.

IV. Noțiunea de psihopatologie secundară

Noțiunea de psihopatologie secundară este o noțiune operatorie în mod special pertinentă în cadrul tulburărilor de învățare. Ea permite explicarea suferințelor copilului care se confruntă cu un eșec, suferințe care se înscriu, desigur, în istoria copilului, dar care sunt mai ales reacționale la dificultățile acestuia.

Sophie, în vârstă de 8 ani și 9 luni, beneficia de aproape un an de o reeducare ortofonică pentru o tulburare severă a cititului, când a su-

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ferit de niște stări de rău spectaculoase, cu pierderi ale cunoștinței, care au dus la spitalizare. După diagnosticul de „disconfort vagal", s-a hotărât să se procedeze la noi bilanțuri psihologice. În timpul primei consultații psihologice, Sophie s-a prezentat ca o fetiță foarte inhibată, cu o față tristă și palidă. Această fetiță inteligentă și perfecționistă nu putea să învețe să citească, provocând ortofonistei care încerca s-o ajute perplexitate și totală neputință. De mai multe luni, copilul nu progresase în nici un fel. Sophie nu cunoștea toate corespondențele dintre foneme și grafeme, se chinuia ca să asocieze o vocală și o consoană și, global, nu recunoștea decât puține cuvinte. Era convinsă că e proastă și anormală, neînțelegând de ce, în ciuda ajutorului atent al învățătoarei, părinților și ortofonistei, nu ajungea să dobândească o competență până la urmă banală. Copilul suferea de un profund sentiment de devalorizare, își pierduse întreaga stimă de sine și cădea într-o formă de depresie.

În timpul consultațiilor diagnostice regulate, psihologul și Sophie au încercat să înțeleagă „cum făcea ca să citească". Copilul prezenta o tulburare de tip fonologic, nu utiliza medierea fonologică, identifica cuvintele într-un mod mai degrabă logografic. A beneficiat atunci de tot felul de teste cognitive și de probe lingvistice, ale căror rezultate le-au fost comunicate fără excepție, ei și părinților ei. Sophie a înțeles că nu era nici proastă, nici anormală: avea o dificultate de învățare, de care sufereau și alți copii. Ortofonista a încercat o nouă metodă, mai interactivă, ceea ce i-a permis să progreseze. Consultațiile psihologice au încetat atunci când Sophie a anunțat, fericită, că s-a apucat să scrie un jurnal secret.

Problema era să se afle de ce, vreme de mai bine de un an, învățarea cititului la Sophie se întrerupsese total, cum își reluase copilul procesul de învățare și felul în care dobândise anumite proceduri de decodare care, la început, îi lipseau cu desăvârșire. Supravegherea diagnostică prelungită a permis înțelegerea faptului că Sophie recurgea la niște proceduri metacognitive pentru a-și compensa dificultățile de învățare, dar că aceste proceduri compensatorii, care îngăduiau acoperirea anumitor deficite localizate, fuseseră la un moment dat inhibate de unele procese psihopatologice. Înlăturarea acestei inhibiții îi permisese copilului să învețe, în ciuda unor deficite cognitive persistente (Plaza, 1995).

C. Psihologia clinică și psihopatologia

Legăturile dintre psihologia clinică și psihanaliză au rămas foarte puternice în Franța, în timp ce medicina, psihologia experimentală și psihologia cognitivă au dezvoltat alte abordări teoretice și terapeutice. Or, cum rolul său este să contribuie la diagnostic și la tratarea tulburărilor psihopatologice, psihologul clinician nu poate, din motive deontologice și teoretice, să ignore diferitele concepții și diferitele abordări ale psihopatologiei.

Întrebările referitoare la originea normelor și la ceea ce este comportamentul „inadaptat" sunt fundamentale pentru oricare abordare diagnostică. Multe comportamente pe care noi le considerăm ca fiind anormale reflectă, de fapt, marea variabilitate a conduitelor omenești; conduitele rare și ciudate nu trebuie, așadar, să fie considerate ca ținând de psihopatologie. *Manualul de diagnostic și statistică al tulburărilor mentale* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-IV*) definește tulburarea mentală ca o perturbare semnificativă din punct de vedere clinic care survine la un individ, este asociată „cu o neajutorare, o incapacitate sau un risc semnificativ crescut de moarte, suferință, neputință ori o importantă pierdere a libertății" și care este „manifestarea unei disfuncții comportamentale, psihologice sau biologice inerente individului. Nici comportamentele deviante, nici conflictele dintre individ și societate nu constituie tulburări mentale, cu excepția cazului în care devianța sau conflictul nu reprezintă simptomul unei disfuncții proprii individului" (APA, 1994). Așa cum sublinia Stoller (1984), perversiunea se definește ca o mișcare de distrugere al cărei obiect este celălalt. Ea nu este asimilabilă conduitelor sexuale numite deviante: se înțelege ca o intenționalitate distructivă care poate să ia forma rasismului, a misoginiei, a micii tiranii cotidiene ori să explodeze în crimă (Plaza, 1990).

Psihopatologia este un domeniu traversat de numeroase controverse: specialiștii nu sunt de acord în privința diagnosticului tulburărilor mentale, a cauzelor, consecințelor, tratamentelor acestora. De exemplu, unii consideră schizofrenia și autismul ca niște maladii de origine genetică și cerebrală, alții, ca niște tulburări psihoafective precoce. Unii încearcă să vindece tulburările anxioase prin farmacologie, în timp ce alții lucrează asupra elementelor psihogene. Școlile de psihoterapie sunt extrem de diverse, bazându-se pe concepții uneori opuse.

Un recensământ al abordărilor terapeutice realizat în urmă cu aproape zece ani arată că există peste 400 de școli de psihoterapie pentru adulți și 200 pentru copii (Kazdin, 1994) care se grupează în patru modele oficiale: 1 / modelul biomedical; 2 / modelul psihanalitic (și abordarea psihodinamică ce a decurs de aici); 3 / modelul de tip mediu, care cuprinde abordarea comportamentalistă, abordarea cognitivă și teoriile sistemice și 4 / modelul umanist.

I. Modelul biomedical

Abordarea biomedicală a apărut pe la sfârșitul secolul al XVIII-lea. Datorită autopsiilor realizate pe persoane care suferiseră de tulburări mentale, medicii au făcut legătura dintre anumite tulburări psihice și unele perturbări biologice localizate în sistemul nervos. Infecția sifilitică oferă un model neurobiologic: persoanele afectate prezentau manifestări de manie, euforie și delir de grandoare, simptome care precedau o deteriorare demențială a funcționării cerebrale, o paralizie și moartea. Cercetările asupra acestei boli au arătat legăturile strânse care pot exista între o afectare infecțioasă, unele perturbări biologice, degenerescența țesuturilor nervoase și apariția unor tulburări mentale.

Deși etiologia majorității patologiilor psihice nu apare întotdeauna într-un mod așa de evident, existența unor interacțiuni între dereglarea fiziologică și dereglarea mentală a încurajat crearea unui model biomedical al anormalității, care nu încetează să se dezvolte o dată cu progresul neuroștiințelor și al geneticii.

Noile tehnici de imagistică cerebrală, ca tomografia computerizată (CT), imagistica prin rezonanță magnetică (IRM), tomografia prin emisie de pozitroni (TEP) și tomografia computerizată cu emisie de foton unic (SPECT), permit punerea în evidență a anomaliilor cerebrale (de exemplu, anevrismul, tumorile) susceptibile să explice anumite simptome ori sindroame specifice. Astfel, imagistica cerebrală a îngăduit corelarea declinului cognitiv observat la pacienții afectați de maladia Alzheimer cu o atrofie corticală progresivă (în lobii frontali, temporali și parietali), dar și cu o afectare subcorticală (în nucleul bazal Meynert). Aceste tehnici au permis și demonstrarea relațiilor existente între amnezie, afabulații și deficitele funcțiilor intelectuale prezente în sindromul Korsakoff și în anumite leziuni de la nivelul

nucleilor dorsomediali ai talamusului, formațiunilor hipocampice, nucleilor amigdalieni și corpilor mamilari secundari cu o deficiență în tiamină (Courtois, 1991).

Modelul biomedical consideră că sistemul nervos controlează toate comportamentele cognitive, emoționale și motorii. Astfel, comportamentele deviante și tulburările gândirii ar fi legate de unele alterări chimice sau anatomice ale creierului. Aceste modificări ale funcționării neuronale pot să fie declanșate sau menținute de factori biologici — dezechilibru hormonal, anomalie congenitală, îmbătrânire —, dar și de anumite condiții externe — eveniment traumatic, accident, drog, abuz de medicamente. Tulburările atenției, incapacitatea de a se adapta la noi situații sau depresia sunt considerate niște dezechilibre somatice. Tratamente biologice (mai ales farmacologice) sunt propuse pacienților, pentru a regla funcționarea sistemului nervos și a normaliza emoțiile și conduitele.

Pe plan neuroanatomic, în măsura în care sistemul nervos central se divizează în mai multe părți implicate în procese atât de specifice ca respirația, tonusul muscular, vigilența, limbajul, atenția, memoria, capacitățile vizualo-spațiale, orice afectare (tumorală, infecțioasă, traumatică) a uneia dintre aceste regiuni este susceptibilă să provoace variate perturbări comportamentale și psihice.

La nivel neurochimic, fiecare dintre rețelele formate de diferiți neurotransmițători susține funcții specifice (acetilcolina și învățarea și memorizarea; noradrenalina și procesele de atenție, trezire, ciclurile veghe și somn; sistemul dopaminergic și inițierea și declanșarea răspunsurilor motorii — Bear, Connors și Paradiso, 1997). Prin urmare, se poate considera că unele perturbări ale comunicării neuronale pot genera tulburări psihice. În această perspectivă, anumite simptome depresive, agresive sau sinucigașe ar fi legate de un metabolism scăzut al serotoninei (Poirier-Littre, 1990), în timp ce deficitele psihomotorii și cognitive ale schizofreniei ar ține de unele excese dopaminergice (Moore, West și Grace, 1999).

Pe plan genetic, ADN-ul procură un cod genetic unic, reglând instalarea fiecăreia dintre celulele structurilor corporale în timpul dezvoltării prenatale și se asigură de funcționarea și menținerea circuitelor neuronale care susțin toate aspectele conduitei. Prin urmare, o anomalie sau mutația unei gene sau a segmentului unei gene ar fi susceptibilă să augmenteze vulnerabilitatea unui individ la o patologie.

Totuși, funcționarea creierului — despre care psihologul clinician trebuie să aibă cunoștințe de bază — este mai complexă și mai interconectată decât a presupus la început neurologia (Houdé *et al.*, 2002). Nu numai că toate comportamentele „adaptate" și „inadaptate" implică interacțiunea unor neurotransmițători diverși (Depue și Zald, 1993), dar se știe și că anumite condiții psihologice și de mediu pot să influențeze activitatea neurochimică, să activeze ori să reducă la tăcere expresia unei gene, să favorizeze mecanismele conectivității și plasticității cerebrale și astfel să permită sau să evite ecloziunea unei tulburări. Tehnicile de imagistică cerebrală sunt foarte interesante în expertiza pe care o aduc diagnosticului diferențial, chiar și când se știe că există disocieri: o tulburare cognitivă sau mentală poate să nu fie legată de nici o neuropatologie, iar o leziune neurologică poate să nu fie însoțită de nici o manifestare patologică.

Terapiile biomedicale abordează tulburările mentale prin analogie cu bolile somatice. Este vorba despre modificarea experienței psihologice cu ajutorul unor intervenții fiziologice. După ce stabilește diagnosticul pe baza cuvintelor pacientului și anturajului, a observării simptomelor și a anamnezei, practicianul prescrie un tratament biomedical a cărui urmărire tot el o asigură. Acest tratament poate consta în medicamente psihotrope, în terapie electroconvulsivantă (în cazurile cele mai refractare) — psihochirurgia cea mai radicală (lobotomia) a fost abandonată după ce a fost supusă unor critici aprige și pertinente.

Dacă modelul biomedical explică psihopatologia în termeni de afectare organică, mai ales a sistemului nervos, mai multe tulburări mentale survin fără o cauză fiziologică aparentă. Pentru a le înțelege, este necesar să se ia în considerare influența componentelor emoționale, motivaționale, socioculturale. La acest nivel, anumite modele ale psihologiei clinice pun în lumină aceste tulburări, dar sub un alt unghi.

II. Modelul psihanalitic

În timpul secolului al XIX-lea și la începutul secolului al XX-lea, isteria a devenit modelul princeps al psihopatologiei. Pentru a trata isteria, Freud și Breuer, ambii neurologi, utilizaseră la început hipnoza.

Cazul Berthei Pappenheim, mai cunoscută sub pseudonimul de Anna O., prezenta mai multe simptome isterice severe (mutism, paralizie, surditate, tulburări ale vederii, halucinații) fără vreo leziune organică aparentă. Ședințele de hipnoză cu Breuer au făcut-o pe pacientă să verbalizeze unele experiențe traumatice care suscitau puternice răspunsuri emoționale. Faptul de a trăi sub hipnoză anumite evenimente neaccesibile conștiinței — considerate, așadar, refulate — a atenuat simptomele pacientei care a găsit de una singură expresia „curățire a coșului" pentru a-și desemna tratamentul, denumit „catharsis" de către Breuer.

Freud a adoptat hipnoza o vreme, dar a înțeles rapid limitele acestei metode. Și-a încurajat pacienții să vorbească fără îngrădiri despre tot ceea ce le venea în minte, pentru a da liber curs sentimentelor, motivațiilor și altor aspecte inconștiente ale vieții lor mentale. Această metodă a asociațiilor libere a devenit piatra de temelie a tratamentului psihanalitic, permițându-i subiectului să pună în corespondență reprezentări și afecte care fuseseră despărțite și astfel să aibă o abreacție a unor amintiri refulate și totuși active. Suportul acestei metode, costisitoare psihic (și economic) pentru pacient, era relația afectivă aparte (transferențială) pe care acesta o lega cu terapeutul (ale cărei efecte la Anna O. nu le-a putut asuma Breuer). Pentru a înțelege mai bine problemele emoționale, Freud a analizat și visele, lapsusurile și actele ratate, pe care le-a considerat niște expresii ale inconștientului. Apoi, a construit un model din ce în ce mai complex și din ce în ce mai vast al personalității (în prima și cea de-a doua topică). Și deși Freud a fost neurolog și a păstrat toată viața convingerea că numeroase procese mentale ar putea, mai devreme sau mai târziu, constitui obiectul unei descrieri fiziologice, psihanaliza a dezvoltat o abordare nonexperimentală și nonfiziologică, bazată mai întâi pe psihopatologie, experiența clinică și medicală, extinzându-se apoi la toate dimensiunile vieții psihice, sociale și culturale.

Mai mulți contemporani ai lui Freud nu-i împărtășeau concepțiile despre sexualitate ca fundament al dezvoltării normale și al nevrozelor și au criticat importanța pe care Freud o acorda dimensiunii fantasmatice în detrimentul experienței psihosociale. Jung a dezvoltat conceptul de „inconștient colectiv", introducând arhetipurile, iar Adler a pus accentul pe „complexul de inferioritate" împotriva căruia individul luptă de-a lungul întregii sale vieți. Karen Horney și Harry Stack Sullivan au subliniat importanța contextului social în emergența

anumitor probleme psihologice și influența relației părinte–copil în determinarea relațiilor interpersonale ale adultului. Teoria relațiilor obiectale (Fairbairn, Winnicott, Melanie Klein, Margaret Mahler) a evidențiat însemnătatea proceselor de introiecție a figurilor simbolice (care sunt fondatoare ale identității copilului, dar pot să fie și o sursă de disfuncții în caz de incapacitate parentală) și a procesului de separare/individuare. În timp ce Freud punea accentul pe influența „Se"-ului în emergența conflictelor intrapsihice, unii teoreticieni ai „Ego psychology" (printre care Hartmann sau Anna Freud) au analizat felul în care „Eul" își îndeplinește funcțiile. Deși ținea cont de motivațiile inconștiente, această „psihologie a Eului" a atribuit un loc preponderent elementelor conștiente ale personalității. Eul era văzut ca o structură independentă, jucând un rol în percepție, memorie și reflecție și investindu-se într-un proces de adaptare pentru a favoriza echilibrul dintre persoană și mediu.

Teoria atașamentului a lui John Bowlby l-a acordat relațiilor strânse dintre părinți și copii un loc central în dezvoltare. Potrivit lui Bowlby, nevoia de relații strânse este o trăsătură omenească naturală, necesară funcționării normale și posedând chiar o valoare de supraviețuire (Bowlby, 1978).

Modificările aduse teoriei psihanalitice au determinat variațiile tehnicilor de tratament. De exemplu, reprezentanții psihologiei Eului orientează procesul terapeutic mai mult spre explorarea Eului, determinându-i pe pacienți să analizeze influența mecanismelor lor de apărare asupra conflictelor interpersonale. Terapeuții care aderă la teoria relațiilor de obiect ajută persoanele să-și despartă propriile valori și sentimente de elementele pe care le-au împrumutat de la alții. Ei se folosesc de relația lor terapeutică cu pacientul ca de un instrument pentru a înțelege și trata dificultățile psihologice care decurg din vechi traumatisme sau din relații infantile nonstructurante. Îi oferă astfel persoanei un prilej pentru a clădi relații mai armonioase.

Terapia psihodinamică prezintă mai multe similitudini cu psihanaliza: se ocupă de dinamismul intern al persoanei și-l lasă pe pacient să aleagă în ritmul său problematicile pe care dorește să le abordeze. Totuși este mai scurtă, axându-se mai mult pe ceea ce are legătură cu relațiile prezente și sprijinindu-se pe un dispozitiv diferit: terapeutul este așezat în fața pacientului și este mai interactiv în procesul tratamentului. Pe de altă parte, ca și în cazul terapiei psihanalitice freudiene, terapiilor psihodinamice li s-au adus anumite critici: de exemplu,

sfârșitul terapiei ar consta într-o adeziune/alienare în raport cu sistemul de credințe al clinicianului. Totuși, oricare le-ar fi caracterul interpretativ, conceptualizările aduse de relația terapeutică pot să-i dea individului noțiuni mai pozitive despre sine însuși și să-l ajute să-și înfrunte problemele.

III. Modelul behaviorist

În loc să explice acțiunile prin influența unor elemente inconștiente, psihologia experimentală a stabilit anumite legi de învățare în laboratoare de cercetare. Watson (reluând parțial lucrările lui Pavlov asupra reflexului condiționat) și Skinner au încercat să înlocuiască o psihologie introspectivă cu o psihologie a comportamentului (Watson și Rayner, 1920; Skinner, 1953). Watson își propunea să promoveze psihologia ca pe o știință care dispune de mijloace obiective pentru a studia conduitele umane. Abordarea lui a fost numită behaviorism, pentru că era convins că observabilul, mai precis comportamentul manifest, reprezenta unicul obiect al științei psihologice. A respins astfel studiul emoțiilor, al cogniților și al tuturor experiențelor subiective, deoarece acestea puteau fi cu greu observate și măsurate. A emis ipoteza că acțiunile omenești, adaptate sau deviante, sunt induse și modificate de interacțiunile cu mediul.

Primii behavioriști erau adepți ai mediului: din punctul lor de vedere, toate comportamentele erau învățate pornind de la experiențe. Conduitele deviante, provenite din condiționări negative, puteau fi generate în mod artificial în laborator și, în același fel, dezînvățate și îndreptate. Fobia i-a slujit lui Watson de exemplu princeps: a presupus că toate fobiile rezultă din anumite experiențe de condiționare clasică. Or, acest tip de condiționare nu poate să explice mai multe caracteristici ale tulburărilor psihologice, mai ales caracterul lor persistent. Bazându-se mai ales pe lucrările lui Thorndike și Skinner despre „condiționarea operantă", O. Hobart Mowrer (1947) a sugerat că în timpul achiziției și menținerii fobiilor intervin două tipuri de învățare. Mai întâi, un răspuns de frică la un stimul până atunci neutru este instaurat prin condiționare clasică. Apoi, persoana evită acest stimul condiționat. Această evitare constituie o întărire negativă, deoarece provoacă o reducere a anxietății și previne extincția reacției fobice.

Principiul de condiționare operantă a lui Skinner stipulează că orice comportament, normal sau nu, depinde de consecințele sale: crește dacă este recompensat și scade dacă este penalizat.

În timpul anilor '60, s-au dezvoltat numeroase terapii behavioriste, care vizau aplicarea principiilor condiționării la o întreagă gamă de tulburări psihopatologice: fobii, tulburări sexuale, depresii, alcoolism, psihopatie. Obiectivul lor era, prin folosirea unei contracondiționări, să modifice răspunsurile comportamentale și emoționale prin suprimarea reacțiilor nedorite și învățarea unor conduite adaptate. Era vorba despre abordări științifice orientate spre prezent, preocupate de rezultate, evaluarea empirică, schimbările măsurabile și observabile. Acestea erau concepute ca niște forme de educație, al căror scop este modificarea contingențelor de mediu pentru a oferi experiențe de învățare mai apropriate. Metodele lor erau fundamentate pe expunere (mai ales sub formă de desensibilizare sistematică prin aversiune sau imersiune), abordarea prin subsarcini gradate, analiza și rezolvarea unor probleme sociale, administrarea de recompense și de pedepse (în scopul dezvoltării relațiilor interpersonale), terapia de grup, relaxarea musculară, reprezentarea imaginară a elementului generator de tulburări (condiționare imagistică) sau confruntarea directă cu situațiile generatoare de disfuncții.

Abordarea behavioristă pare să corespundă unor criterii științifice: comportamentele ce trebuie modificate pot să fie identificate și obiectivate în mod clar, metoda de tratament este bine definită, iar rezultatele sunt evaluate cu ușurință. Principiile potrivit cărora operează aceasta (legi de învățare, condiționare) au o validitate științifică, costul și durata terapiei sunt mai mici, deoarece este orientată spre manifestări simptomatice specifice. Totuși, modelul behaviorist este reductor: nu vizează decât simptomele și nu explică defel complexitatea experienței psihice, pe care o concepe ca pe o „cutie neagră". Tinde să ignore unele motive ce au determinat consultația și care sunt totuși importante și nu dă seama despre complexitatea modurilor de interacțiune dintre pacient și terapeut, chiar dacă unii vorbesc despre contractul dintre terapeut și pacient, ba chiar despre o relație terapeutică de susținere (O'Leary și Wilson, 1987).

IV. Modelul cognitivist

Revoluția cognitivă s-a petrecut pe la sfârșitul anilor '60. În perioada aceea, psihologi și psihiatri (mai ales Beck, Ellis) au afirmat că gândurile, deși nonobservabile, reprezintă forme de comportament. În zilele noastre, puțini terapeuți se consideră strict behavioriști. Ei se prezintă mai degrabă ca fiind de orientare cognitiv-comportamentală, subliniind importanța cogniției în cercetare și psihoterapie. Conform teoriei cognitiv-comportamentale, născută din mișcarea behavioristă, condiționarea joacă un rol în etiologia și menținerea unor probleme psihice, dar ea atribuie o importanță fundamentală proceselor mediatoare care modifică efectele stimulilor obiectivi și care sunt ținta terapiilor: gânduri, concepții, amintiri, credințe, percepții, atribuiri, evaluări, atitudini, autoafirmări și emoții. Pentru clinicienii cognitiviști, disonanțele cognitive sau tiparele de gândire nepotrivite și deformate sunt posibile surse ale unor tulburări psihologice.

Beck s-a ocupat de schemele cognitive (moduri ale individului de a se percepe și de a interpreta lumea), învățate adesea încă de la o vârstă foarte fragedă, care ghidează tratarea informației. Potrivit lui Beck, evaluarea subiectivă a actelor și interpretărilor pe care le dăm situațiilor ne influențează inconștient reacțiile emoționale. Schemele neadaptate, care se dezvoltă în funcție de anumite experiențe de învățare defavorabile, pot să rigidizeze viziunea pe care persoana o are despre sine însăși, felul în care înțelege evenimentele și chiar să genereze o serie de deformări ale gândirii, așa cum se regăsesc ele în tulburările depresive și anxioase, tulburările de personalitate. Astfel, un individ care se evaluează în mod negativ va interpreta complimentele semenului ca niște simple semne de politețe (Beck, 1976).

Beck a acordat o atenție deosebită „falselor percepții" legate de depresie, după ce a remarcat că unele idei autopunitive extreme și nenuanțate erau adesea exprimate de persoanele depresive. Aceste tipare cognitive sunt de cele mai multe ori exacerbate de un sentiment de neputință, adică impresia pe care o are persoana respectivă că nu poate să controleze ori să modifice mediul. Ele duc până la urmă la o scăzută stimă de sine și la o dispoziție disforică (Beck și Valin, 1953).

Pentru Ellis, dificultățile psihice sunt generate nu de evenimentele nefericite, ci de credințele iraționale referitoare la aceste experiențe (Ellis, 1962). Aceste false credințe se prezintă adesea sub forma unor obligații, așteptări pesimiste sau irealiste, care îl determină pe individ să se comporte într-un mod ineficient și care provoacă decepție. Răspunsul emoțional decurge nu din realitate, ci din anumite autoexigențe inaccesibile. Credințele iraționale, care concordă prea puțin cu experiența, deformează percepțiile și trimit cu gândul la o serie de consecințe neplăcute, sporesc sentimentul de neputință și provoacă răspunsuri patologice, precum anxietatea sau depresia.

V. Modelul sistemic

În anii '70 și '80, școala americană numită de la Palo Alto a jucat un rol activ în elaborarea acestui model. Sub impulsul lui Bateson mai ales, teoriile sistemice au încercat să îmbine datele ciberneticii și teoria sistemelor generale (Bateson, 1977 și 1980). Aceste cercetări nu se ocupau de dimensiunea intrapsihică a personalității. Ele se focalizau pe aspectele fenomenologice ale interacțiunii în celula familială, așa cum apar acestea în comunicările și tranzacțiile ce se produc în aici și acum. Așa cum spunea pe scurt Watzlawick, „nu este nevoie să facem apel la ipoteze intrapsihice, până la urmă imposibil de verificat, și putem să ne mărginim la observarea relațiilor dintre intrările (input-uri) și ieșirile (output-uri) de informație, cu alte cuvinte la comunicare. Simptomele sunt considerate ca un fel de intrare de informație în sistemul familial, și nu ca expresia unui conflict intrapsihic" (Watzlawick *et al.*, 1972). Cercetările sistemice americane și europene au descris astfel anumite mecanisme ale distorsiunii familiale: dubla legătură, schisma și devianța parentală, pseudomutualitatea și bariera de cauciuc, masa de eu nediferențiat, mistificarea, lipsa de individualitate integrată, familia cu tranzacție schizofrenică, triangularea rigidă (Watzlawick, 1979).

Obiectivul terapiilor familiei provenite din acest model era modificarea dinamicii intrafamiliale sau centrarea pe evoluția pacientului, totuși cu perspectiva schimbării și a funcționării familiale (Benoit, 1980; Selvini *et al.*, 1983).

VI. Modelul umanist

Mișcarea umanistă, apărută în anii '50 și '60, a fost susținută de Carl Rogers, Abraham Maslow și Frederich Perls. Pentru acești autori, comportamentul nu este predeterminat de elemente interne și externe previzibile, ci este călăuzit de percepția pe care fiecare persoană o are despre ea însăși și despre lumea în care evoluează, de felul de-a acționa pe care aceasta alege să îl adopte, adică de liberul său arbitru. Aceste alegeri, care permit oricui să dezvolte niște valori bazate mai degrabă pe propriile experiențe decât pe cele ale semenului, reflectă codul moral și ghidează împlinirea personală. Fiecare persoană posedă trăsături și talente care determină apariția unor sentimente și nevoi aparte și care îi susțin propria viziune asupra vieții. Atunci când aceste percepții sunt realiste, persoana poate trăi în mod autentic și eficient. Dar atunci când se ivesc false supoziții sau o dorință exagerată de a satisface așteptările celorlalți, pot să apară unele disfuncții.

Psihologia umanistă are o concepție unitară și pozitivă despre ființa omenească. Ea consideră că perturbările psihice sunt legate de influențe sociale nefaste (sărăcie, represiune socială) sau de obstacole întâlnite în goana după realizarea de sine. Anxietatea, depresia sau alte tulburări constituie niște moduri de adaptare la niște structuri culturale și sociale care împiedică exprimarea personalității (May, 1981). Totuși fiecare are responsabilitatea de a găsi un sens vieții sale și de a-și rezolva dilemele, recunoscându-și și acceptându-și nevoile și sentimentele. Prin urmare, tulburarea poate fi prevenită sau tratată printr-o schimbare a percepțiilor negative ale individului și/sau ale condițiilor sale sociale.

„Terapia centrată pe persoană" a lui Rogers se bazează pe ideea că oamenii tind în mod înnăscut spre dezvoltarea, menținerea și realizarea ființei lor. Toate comportamentele omenești, înnăscute sau nu, constituie niște eforturi spre realizarea de sine și tentative de adaptare la lume, așa cum este ea percepută. În condiții normale, indivizii se comportă în mod rațional și constructiv în scopul unei depline realizări de sine. În schimb, unele evenimente ale vieții percepute ca dificile afectează încrederea persoanei în propriile experiențe și-i modifică percepția despre sine însăși și despre ceea ce trăiește. Chiar sentimentul de sine, temelie pe care se sprijină alegerile și deciziile, este atunci

alterat, ceea ce duce la disfuncții (Rogers, 1961). Persoanele se bazează pe propriile lor sentimente, dar și pe judecățile celorlalți pentru a-și îndeplini evaluările. De fapt, ele caută considerația pozitivă a celorlalți, chiar dacă faptul acesta implică integrarea unor moduri de acțiune și de gândire contrare propriilor opinii. Se pare că această tendință se dezvoltă încă de la o vârstă foarte fragedă, atunci când părinții reacționează pozitiv numai dacă micuțul se comportă într-un anumit fel. Cum această dorință de a le plăcea celorlalți se opune realizării personale, oamenii încearcă să deformeze realitatea pentru a face disonanța să dispară. Realizarea de sine este atunci compromisă prin negarea unor experiențe interne: energia psihică este îndreptată spre negare, și nu spre evoluție. Aceste condiții, care împiedică o conștientizare a valorilor și caracteristicilor personale, îl îndepărtează pe individ de adevărata experiență, duc la frustrare și pregătesc un comportament anormal. Invers, cu cât conceptul de sine este mai pe potriva experienței de viață, cu atât persoanele se acceptă mai mult și adoptă noi perspective. Primul scop al terapiei este să suprime aceste incongruențe, făcându-l pe „client" (termen utilizat de acești terapeuți) să integreze diferitele fațete ale personalității sale. Deplina acceptare duce la rezolvarea dificultăților.

Potrivit lui Rogers, căldura, empatia și autenticitatea terapeutului sunt niște condiții indispensabile și suficiente reușitei procesului terapeutic. Rogers a subliniat necesitatea empatiei, proces care implică adoptarea perspectivei celuilalt pentru o mai bună înțelegere a sentimentelor sale și comunicarea acestora. Pentru a putea împărtăși o trăire care rămâne neexprimată, terapeutul se sprijină mai ales pe propriile lui experiențe. Relația empatică nu este fundamentată pe o expertiză dobândită într-un cadru universitar, ci pe o experiență omenească împărtășită. Terapeutul, care trebuie să dea dovadă de un sprijin necondiționat și fără *a priori* în ceea ce privește pacientul, evită controlarea procesului terapeutic și utilizează tehnici nondirective.

Maslow considera și că oamenii sunt în mod natural capabili să-și realizeze potențialul satisfăcându-și anumite nevoi, pe care le percepea sub o formă piramidală: baza este constituită de nevoile cele mai primare (fiziologice), apoi vin nevoie de securitate, apartenența la o unitate socială (care înglobează sentimentele de prietenie și de afiliere), dorința de a fi stimat, recunoscut și valorizat de celălalt (ceea ce permite internalizarea unei stime de sine solide) și recunoaș-

terea realizării de sine. Comportamentul anormal rezultă dintr-un eşec în realizarea potenţialului. Potrivit lui Maslow, oamenii sunt fundamental buni şi nu se comportă în mod deviant decât din cauza unor experienţe rele care-i deturnează de la acest obiectiv fundamental (Maslow, 1954).

Gestalt-terapia se fundamentează pe noţiunea de structură, privită ca un ansamblu semnificativ de relaţii între stimuli şi răspunsuri. Această abordare subliniază unitatea corpului şi spiritului, a gândirii, a sentimentului şi a acţiunii. Acest model surprinde fenomenele în totalitatea lor, fără să pretindă că disociază elementele ansamblului în care se integrează şi în afara căruia nu mai înseamnă nimic. Aplicată mai întâi percepţiei (Köhler), această teorie s-a extins la psihologie şi medicină. Gestaltiştii consideră că toate fenomenele constituie nişte ansambluri care au o structură şi legi proprii: întregul este mai mult decât suma părţilor. Elementele se integrează în ansamblul care le comandă echilibrul. Fiinţa omenească este de nedescompus, iar terapeutul trebuie să se adreseze ansamblului personalităţii. Terapia gestaltistă, care vizează mai cu seamă dezvoltarea acceptării de sine, insistă pe anumite elemente manifeste ale comportamentului, pentru a favoriza conştiinţa de sine totală şi de mediu. Practicianul se arată mai directiv decât terapeuţii umanişti în procesul tratamentului. El subliniază atitudinile şi sentimentele care i se par neautentice la pacient, în speranţa de a provoca o emoţie mai sinceră. Pentru Perls, faptul de a vorbi despre emoţii pe care celălalt nu le resimte cu adevărat reprezintă un comportament factice. Atunci când pacientul reuşeşte să exprime un sentiment autentic, terapeutul îl susţine pe pacient şi îi împărtăşeşte experienţa. Perls a dezvoltat anumite strategii pentru a provoca o conştiinţă sporită a emoţiilor autentice. Una dintre aceste strategii este tehnica scaunului gol: clientul vorbeşte despre sentimentele sale unei alte părţi din sine însuşi pe care şi-o imaginează aşezată pe un scaun din faţa lui. Apoi, poate să schimbe scaunul pentru a exprima emoţii opuse. Această tehnică îl face pe individ să recunoască şi să accepte părţile antagoniste ale personalităţii sale. Până la urmă, Perls a subliniat importanţa de a trăi prezentul, în care trecutul este încorporat (Perls, 1969).

Umaniştii au dezvoltat o concepţie optimistă despre rasa omenească şi i-au atribuit fiecărui individ o parte importantă de responsabilitate în emergenţa comportamentelor sale, atât normale, cât şi anormale. Dificultăţile psihice pot fi generate de supunerea faţă de

alții, dar și de povara percepțiilor pe care oamenii le au despre ei înșiși și despre experiența lor. Terapia încearcă să extindă câmpul conștiinței indivizilor și să le schimbe perspectiva, pentru ca aceștia să ia propriile hotărâri și să-și depășească problemele. Prin urmare, ea se ocupă de experiența prezentă, de aici și acum, de capacitățile de reziliență (Brun și Scelles, 2002; Cyrulnic, 1999). Pacienții, iar nu terapeuții sunt aceia care au responsabilitatea conducerii și succesului procesului terapeutic; clinicianul călăuzește, facilitează și susține pentru a permite niște alegeri de viață în cunoștință de cauză. În acest scop, terapeutul încearcă să augmenteze nivelul de conștiință emoțională a persoanei. O încurajează să devină mai atentă la propriile emoții, să le recunoască, chiar și atunci când sunt ascunse, să le trăiască și să le controleze. Accentul este pus pe sentimentele prezente (și nu trecute). Umanistul utilizează empatia pentru a vedea lumea prin cadrul de referință al pacientului. Rămâne nondirectiv în timpul discuției, dar se străduiește să-și centreze procesul terapeutic pe probleme emoționale. Deși nu incită în mod direct persoana să-și schimbe conduitele, se așteaptă ca aceasta să-și modifice anumite obiceiuri, semn al unei mai mari autenticități a propriilor emoții și al unei flexibilități în alegerile de viață. În sfârșit, un aspect specific psihoterapiei umaniste este importanța relației terapeutice. Tratamentul progresează mulțumită unei relații autentice între psiholog și pacient. Această relație nu este, așadar, un simplu mijloc de tratament: este în sine terapeutică.

Puține cercetări au putut să demonstreze eficacitatea terapiei centrate pe persoană sau a metodei gestaltiste (Greenberg, Elliott și Lietaer, 1994). Experiența conștientă pe care pun umaniștii accentul este un fenomen subiectiv, iar validitatea informațiilor care decurg astfel rămâne contestabilă. Toate aceste noțiuni nu pot fi direct observate sau măsurate. Pentru toate aceste motive, este greu să se evalueze eficacitatea unui asemenea model.

Toate aceste abordări terapeutice sunt parțiale, deoarece privilegiază o anumită perspectivă. Abordarea biomedicală stabilește o analogie puternică între bolile fizice și cele mentale, minimizând impactul factorilor psihici și sociali. Modelul psihanalitic are o viziune sexualizată, foarte normativă și insuficient de psihosocială a mediului uman și se bazează mai degrabă pe istorii de caz decât pe cercetări sistematice. Teoria behavioristă se concentrează în mod strict pe

evenimentele observabile și pe influențele externe, neglijând toate procesele mentale și emoționale. Abordarea cognitiv-comportamentală compensează totuși parțial această lacună. În sfârșit, perspectivei umaniste i se reproșează că nu este științifică și că pune accentul pe niște concepte prea vagi și greu de definit. Pe scurt, oricare ar fi metoda privilegiată, există același risc: acela al concentrării pe un singur plan și al neglijării indiciilor care țin de o altă abordare. Iată de ce majoritatea terapeuților contemporani afirmă că sunt eclectici, adică se raportează la mai multe modele ale tulburărilor mentale.

Problema validării metodelor terapeutice capătă tot mai multă importanță. Metastudiul realizat de Consumer Reports în 1995 a concluzionat că: 1 / psihoterapia în sine este eficientă; 2 / tratamentul pe termen lung este mai bun decât tratamentul pe termen scurt; 3 / nici o modalitate de tratament nu este semnificativ mai bună pentru majoritatea tulburărilor; 4 / o medicație combinată cu o psihoterapie nu e mai eficientă decât o psihoterapie singură; 5 / efectele curative pe termen lung ale psihoterapiei sunt adesea mai durabile decât cele ale medicației; 6 / utilizarea eficientă a psihoterapiei poate reduce anumite tulburări psihice; 7 / nu se știe în mod clar dacă psihiatrii, psihologii și asistenții sociali diferă în eficacitatea tratamentelor pe care le oferă și 8 / pacienții ale căror durată și alegere ale terapiei sunt limitate de probleme economice au rezultate mai puțin satisfăcătoare decât aceia care nu sunt supuși unor asemenea constrângeri (Seligman, 1995).

La urma urmelor, importantă este ajustarea terapeuticii la caracteristicile și disfuncțiile pacientului, care trebuie întotdeauna să fie informat despre existența unor tratamente alternative. Indicația terapeutică trebuie să fie clară pentru terapeut și pentru client. Mai mult, dacă un terapeut nu este capabil să ofere abordarea pe care o consideră cea mai eficientă, el trebuie să-și sfătuiască pacientul să consulte un coleg a cărui formare este apropriată. În general, pentru a fi științific riguroasă, psihologia clinică ar trebui să fie în stare să precizeze care abordări sunt eficace pentru cutare sau cutare tulburare psihologică.

D. Spre o abordare integrativă

Unul dintre primele obiective ale psihologiei clinice ştiinţifice ar trebui să fie crearea unui sistem coerent care să înglobeze abordări diagnostice, etiologice şi terapeutice diverse. Într-o optică deterministă reductivă, se presupune că o cauză unică (de exemplu, genetică, biologică sau psihoafectivă) susţine tulburarea. Într-o optică largă, se consideră că tulburările mentale sunt determinate de o combinaţie a mai multor factori de ordin biologic, psihologic şi/sau social şi se admite că variate cauze pot să susţină aceeaşi tulburare psihică. Este limpede că psihologia clinică, ce ia în calcul fiinţa umană în totalitatea experienţei sale, nu poate adopta decât o perspectivă largă.

I. Exemplul dislexiei

Dislexia suscită încă şi astăzi în Franţa un mare număr de lucrări ştiinţifice şi controverse. Această situaţie trebuie pusă în legătură cu faptul că, spre deosebire de alte ţări ale Europei şi Americii de Nord, Franţa a recunoscut foarte târziu — în iulie 2000 — existenţa oficială a „tulburărilor specifice de limbaj" (Ringard, 2000).

Psihologia clinică a fost deosebit de înceată în identificarea şi tratarea specifică a acestor tulburări. Psihologii şcolari, dar şi psihologii clinicieni întâlneau mulţi copii care sufereau de grave tulburări de citire, dar concepţia pe care o aveau despre aceste tulburări era puternic influenţată de teoriile psihanalitice. Ei interpretau dificultăţile de învăţare ale limbajului scris ale copiilor prin filtrul istoriei afective şi familiale şi aduceau, de cele mai multe ori, nişte răspunsuri de ordin psihoterapeutic. Considerau că este foarte reductiv să se ocupe doar de „simptom" şi să-i replice doar la modul „instrumental" şi „ortopedic" al reeducării. Se temeau de caracterul „stigmatizant" al diagnosticului şi de izolarea copiilor în clase speciale.

Într-un asemenea context, publicarea cărţii lui Debray-Ritzen şi Melekian despre dislexie a suscitat în Franţa o violentă polemică la începutul anilor '70. Revendicând un demers în mod hotărât organicist, autorii denunţau rătăcirile abordării psihoafective. Declarându-se partizani ai curentului medical care se dezvoltase încă din secolul al

XIX-lea, autorii transformau această tulburare într-o adevărată maladie (Debray-Ritzen și Melekian, 1970). Cartea a provocat o vie opoziție printre psihologii clinicieni care au considerat-o o întoarcere la abordarea naturalistă și la instrumentalizarea proceselor mentale. Astfel interpelată, psihologia clinică, în loc să-și pună în termeni noi chestiunea tulburărilor specifice ale limbajului scris, a rămas convinsă de temeinicia abordării sale interpretative. Copiii cu probleme de citire și-au continuat lupta, suferind din pricină că nu erau înțeleși de către psihologi și sistemul școlar.

În paralel totuși, studiile de psiholingvistică și de psihologie cognitivă arătau legăturile existente între limbajul oral și limbajul scris, analizau componentele cognitive ale activităților de citire, descriau etapele și strategiile de învățare ale cititului. Studiile de neuropsihologie ale adultului revelau existența unor căi și strategii de lectură ce pot fi afectate în mod disociat. Analiza fină a profilurilor cognitive și lingvistice ale copiilor dislexici evidențiază existența unor capacități intelectuale generale eficiente, asociate totuși cu un anumit număr de alterări cognitive și lingvistice (tulburări ale accesului la lexic, limitare a memoriei de scurtă durată și a memoriei de lucru auditive, insuficiență a strategiei secvențiale, disfuncții ale proceselor fonologice, lentoare a tratamentului intermodal, dificultăți metalingvistice).

Nu de multă vreme, fusese descoperită importanța a ceea ce lingvistica conceptualizase sub termenul de „fonologie" (Jakobson, 1968, 1970). Specialiști în psihologie cognitivă și psiholingvistică au demonstrat că, dacă lectura este o activitate (aparent) globală la cititorul expert, ea cere la copil o învățare analitică a unităților de grafeme și a corespondențelor lor fonologice. În cadrul limbilor alfabetice, stăpânirea corespondențelor dintre grafeme (litere sau grupuri de litere) și foneme (unități lingvistice mai mici) este esențială, căci îi permite copilului să achiziționeze medierea fonologică mulțumită căreia poate să descifreze numeroase cuvinte ale limbii. Această strategie de identificare indirectă, numită „asamblare", este urmată sau însoțită de o strategie directă, numită „adresare", care îngăduie recunoașterea directă a cuvântului care este fixat în memorie cu forma grafică, sensul și pronunția sa. Constituirea acestui lexic mental nu este posibilă decât în cazul în care copilul și-a însușit pe deplin regulile asamblării, care permit automatizarea mecanismelor de identificare a cuvintelor scrise.

Emergența științelor cognitive, dezvoltarea neuropsihologiei, progresul noilor tehnici de imagistică cerebrală și de definire a genomu-

lui au readus în prim-plan, de câțiva ani încoace, noțiunea de dislexie „boală", pentru care se războiseră Debray-Ritzen în urmă cu trei decenii. Părinții de copii dislexici, obosiți să tot fie acuzați pentru tulburările propriilor copii, excedați de a fi fost atât de mult timp culpabilizați, dezolați de a-și vedea copiii eșuând în clase lipsite de perspective, consideră că reprezentarea dislexiei ca o disfuncție de origine cerebrală și/sau genetică este un pas înainte, căci distruge cercul de vinovăție în care erau închiși.

Și astfel, pentru că nu a știut să fie mai flexibilă și mai deschisă, psihologia clinică s-a depărtat de una singură de problema tulburărilor de învățare. În același timp, experiența psihologică a copilului a fost respinsă sau considerată doar „secundară" de niște teorii segmentare, modulare, pentru care creierul este pepiniera tulburărilor. Or, citirea și ortografia sunt niște activități foarte complexe: învățarea lor se înscrie în raportul copilului cu limbajul, aceasta poate fi alterată de elemente genetice sau neurofiziologice, necesită implicarea unor mecanisme cognitive diferite, este influențată de apartenența socială și culturală a familiei, este tributară metodelor pedagogice de care a beneficiat copilul la școală, permite dezvoltarea unor competențe diverse. Pentru construirea unui model teoretic general al tulburărilor de învățare, psihologia clinică trebuie să aibă în vedere toate aceste elemente, chiar dacă alege să se focalizeze pe unul sau pe celălalt aspect.

Teoriile modulare, genetice sau cerebrale prea exclusive tind, într-adevăr, să confunde uneori corelatul cerebral și cauza unei activități mentale și rareori iau în calcul interrelația dintre aceste două dimensiuni. Or, dacă un copil — pentru diverse motive — a învățat să citească cu o strategie atipică, este evident că schemele de activare ale creierului său vor fi diferite de cele care se vor observa la un copil ce a învățat să citească normal. Așa cum scrie Morais: „Activitatea cerebrală dovedește un model neobișnuit, pentru că anumite proceduri cognitive se dezvoltă insuficient sau anormal, determinând eventual utilizarea prin compensare a altor proceduri. De altfel, învățările cognitive au efecte nu doar asupra activității creierului, ci și asupra materiei cerebrale înseși. Creierul unui analfabet este diferit de creierul unui alfabetizat, pentru că învățarea (inclusiv cea a lecturii) și exercițiul intensiv al noii deprinderi afectează conexiunile sinaptice dintre neuroni și conexiunea dendritică" (Morais, 1994, p. 251). Această noțiune de interacțiune dintre creier și experiența individului trebuie

luată neapărat în calcul atunci când ne ocupăm de copil, al cărui creier este în plină dezvoltare.

Studiul clinic al unor copii care prezentau anumite patologii cerebrale arată că un copil poate dezvolta un limbaj scris eficient, deşi a suferit de tulburări cerebrale cu afectare a zonelor implicate în prelucrarea scrisului, fiindcă a putut instaura strategii compensatorii eficace. Tratamentele propuse copiilor dezvoltă tocmai aceste strategii compensatorii, sprijinindu-se pe plasticitatea creierului şi pe caracterul său sinergic, interconectat. Prin urmare, nu este vorba despre negarea componentei cerebrale a unei tulburări, ci de demonstrarea caracterului său relativ.

De asemenea, psihologia clinică ar putea să aibă o contribuţie majoră arătând că punerea în evidenţă a unor mecanisme elementare tinde să modifice îngrijirea spre nişte moduri de tratament de tip instrumental foarte specializate. Astfel, au fost create unele metode de evaluare şi de tratament ale unor disfuncţii ale „modulului" fonologic, ce-au sedus prin dimensiunea lor segmentară (evaluare a primului element, aproape întru totul fiziologic, al unei funcţii), prin aspectul lor economic (o serie limitată de şedinţe ar fi de-ajuns) şi prin aparenta lor obiectivitate (intervenţiile realizate ar putea fi validate, iar efectul lor asupra disfuncţiilor, măsurat). De fapt, aceste metode de intervenţie (de exemplu, Tallal *et al.*, 1996) nu acţionează decât asupra unui tip de disfuncţie şi nu par să modifice decât competenţa asupra căreia se realizează, fără să se generalizeze la lectură. Validarea lor ştiinţifică este tributară câmpului clinic, în măsura în care definirea criteriilor de excludere şi includere a populaţiilor de copii „dislexici" implicaţi presupune recursul la o serie de examinări şi probe clinice ce se sustrag în mare parte cercetării experimentale. În plus, copiii înrolaţi în aceste studii au profiluri cognitive, lingvistice foarte diverse şi au parte, în clasă şi acasă, de experienţe foarte diverse ale limbajului, limbii, scrisului, învăţării, elemente care nu sunt luate în calcul atunci când sunt evaluate efectele tratamentelor specializate ce le sunt propuse. Din acest motiv, validarea ştiinţifică a acestor metode de tip experimental (constituirea unor grupe clinice presupuse a fi „similare", aplicarea unei metode de reeducare total parametrizată versus aplicarea unui tratament „placebo") este, fără îndoială, mai greu de stabilit decât pare.

Definirea dislexiei ca o tulburare modulară şi neurologică modifică politica de prevenire şi de depistare concepută pentru aceste tulburări.

— Prima modificare constă într-o medicalizare a problemei tulburărilor de citire, pentru care cel mai vizibil semn rezidă în faptul că în Franța, Comisia Interministerială (care implementează planul de intervenție pentru tulburările de limbaj) a ales ca depistarea acestor tulburări să fie încredințată, în cadrul școlilor, doctorilor. Or, în timpul formării lor, medicii nu dobândesc defel noțiunea de dezvoltare a limbajului la copil și de tulburări ale acestuia și nu sunt deloc pregătiți pentru aplicarea testelor. În ciuda acestor lucruri, ei sunt invitați să depisteze tulburările de limbaj (cu ajutorul asistentelor medicale din școli) prin folosirea unor probe psihometrice pentru aplicarea cărora sunt formați câteva ore.

— A doua modificare rezidă în alegerea „indicilor predictivi" sau „markerilor" evaluați și cercetați în cursul depistării precoce a acestor tulburări. Cu cât teoria subiacentă este mai fragmentară, cu atât „markerii" sunt mai limitați. Astfel, unii preconizează o depistare din primele zile de viață, prin studierea potențialelor evocate cerebrale (Molfese, 2000). Fără să ajungă până la aceste extreme, focalizarea pe ipoteza fonologică a dus la axarea depistării tulburărilor de limbaj scris pe anumite probe de „conștiință fonologică". Or, „conștiința fonologică", definită de mai bine de cincisprezece ani ca unul dintre cele mai importante elemente predictive ale citirii, este tributară nivelului general de limbaj al copiilor și, prin urmare, depinde puternic de apartenența lor socioculturală; mai mult, ea se dezvoltă în mare parte în paralel cu achiziția citirii al cărei ecou îl constituie. Dacă se iau în calcul și alte variabile cognitive și lingvistice pe lângă conștiința fonologică, precum capacitatea de prelucrare intermodală vizuală/verbală, accesul la lexic, memoria de lucru auditivă, atenția vizuală fină sau aptitudinea metalingvistică (capacitatea copilului de a se descentra de sens pentru a se fixa asupra formei), se obține un tablou mult mai complex al „precerințelor" implicate în activitatea de citire și a „markerilor" disfuncției sale... fapt care, în același timp, face ca proba propusă copiilor să fie și mai complexă. În sfârșit, așa cum semnalează Inizan, este tulburător să se constate că „precerințele" dezvoltate astăzi de către copiii de grădiniță sunt superioare acelora de acum 17 ani, dar că, în schimb, competențele de citire și de ortografie de la sfârșitul claselor primare sunt mult mai reduse decât atunci (Inizan, 2000). Faptul acesta arată că „precerințele" nu sunt poate într-atât de pregătitoare pentru citire cum se credea și că alți factori ar trebui poate să fie luați în calcul, printre care, mai cu seamă, modalitățile predării citirii în clasele primare.

Problema centrală este să se afle de ce și cum un copil se blochează în învățarea citirii. La o vârstă fragedă, este cunoscută influența tulburărilor de limbaj oral care pregătesc dislexia. De aici și importanța depistării precoce a acestor tulburări, inclusiv în dimensiunea lor uneori genetică. Dar adesea, în anamneza copiilor dislexici nu se regăsește prezența tulburărilor dovedite ale limbajului oral sau al unor tulburări anume ale proceselor cognitive. Numai printr-o analiză amănunțită a profilului lingvistic și neuropsihologic actual al acestor copii, se descoperă tulburări discrete de accedere la lexic, de rememorare și de prezentare a cuvântului, de înțelegere a unor fraze complexe pe plan sintactic. Dacă se poate presupune că asemenea tulburări sunt, pe de o parte, consecința retardului lor de lectură, se poate considera și că sunt anterioare învățării limbajului scris și că sunt indiciul unei vulnerabilități lingvistice și cognitive primare a copilului.

Dar faptul că această vulnerabilitate (inclusiv în ceea ce privește versantul genetic) s-a actualizat se datorează întâlnirii unor condiții favorizante. Și este necesar ca la acest nivel să se ia în calcul experiența copilului în momentul în care s-a confruntat în mod cotidian și obligatoriu cu limbajul scris. „Startul ratat" în învățare este o sursă de grave dificultăți. În prezent, se tot spune că dislexia nu-și are defel originea în anumite condiții socioculturale sau pedagogice defavorabile (acesta este unul dintre elementele definiției). Dar această excludere *a priori* a unor elemente de mediu este excesivă și, din punct de vedere științific, nejustificată. Condițiile socioculturale și metodele pedagogice nu sunt niște „cauze" ale dislexiei, dar sunt niște elemente care pot contribui la „startul ratat" în citire.

Din acest motiv, tratamentele propuse copiilor care prezintă tulburări ale limbajului scris ar trebui să fie multidimensionale, implicând un travaliu specific pe limbaj și cogniție, pe modalitățile de învățare, o susținere culturală pentru copiii din mediile defavorizate și dezvoltarea motivației — variabilă care în nici un caz nu trebuie uitată.

Ar fi important ca psihologia clinică să se deschidă cunoașterii acestor tulburări, în scopul evitării înclinării balanței, după moda lui „totul este psihoafectiv", de partea lui „totul este instrumental" sau „totul este cerebral". Astfel simplificată, noțiunea de dislexie ar deveni reductivă, dacă nu chiar nefastă, în măsura în care ar deresponsabiliza școala, ar medicaliza la extrem problemele copiilor, ar nega influența factorilor sociali.

Pentru a evita inutilele ciorovăieli și conflictele retorice care tot mai umbresc dezbaterea referitoare la dislexie, ar fi necesar ca profesioniștii implicați în acest domeniu (cercetători, clinicieni, psihologi, lingviști, neurologi, pedagogi) să-și confrunte ipotezele și să le îmbine într-un mod multidisciplinar în scopul stabilirii unei sinteze comparative. Cercetătorii trebuie să rămână modești și prudenți atunci când stabilesc anumite corelații între variabile cognitive și lingvistice sau între date anatomofiziologice și date comportamentale. Trebuie să-și amintească faptul că segmentează, fragmentează și disociază elemente care sunt intim legate în experiența copilului. Și tocmai asupra acestei noțiuni de experiență a copilului este necesar să se revină, ca să se analizeze mai bine de ce un copil se blochează în fața învățării unui cod, de ce nu poate să pună în corespondență cuvinte vorbite și cuvinte scrise. De precizia și de complexitatea răspunsurilor noastre depinde, într-adevăr, natura ajutorului ce va putea fi acordat acestor copii (Plaza, 2001).

II. Cogniție, emoții și neuroștiințe

În încheierea acestui capitol, vom lua două exemple de situații în care psihologul se confruntă simultan cu registrul cognitiv, afectiv și cerebral ale căror componente trebuie să le integreze.

Prima situație se referă la un băiețel în vârstă de 12 ani care prezenta tulburări comportamentale (gelozie, furii clastice), avea coșmaruri recurente în care se simțea hăpăit de „o pată mare" și se plângea că are sentimentul că cineva îl urmărește tot timpul. Avea dificultăți de învățare în ciuda unor competențe intelectuale medii. O evaluare a proceselor cognitive a arătat că micuțul, care putea să se bazeze pe niște procese secvențiale și de memorie de scurtă durată eficiente, nu se descurca atunci când trebuia să sintetizeze informații. Pe scala proceselor simultane *K-ABC*, a obținut nota globală 72, cu dificultăți majore în timpul probelor de *recunoaștere a formelor* și a *triunghiiurilor*, și a avut un puternic blocaj emoțional în fața unuia dintre itemii probei *seriilor de fotografii*, care i-a destabilizat restul activității. La scala cunoștințelor, a întâmpinat dificultăți în timpul probelor de *aritmetică* (numărând pe degete și neputând să-și planifice operațiile ce trebuiau realizate) și de

citire și înțelegere (când s-a chinuit să sintetizeze enunțurile și să le găsească o expresie gestuală adecvată). Reproducerea *figurii complexe Rey* a fost extrem de lacunară, în timp ce copia fusese medie. Copilului i s-a propus o probă proiectivă (*Rorschach*), pentru analizarea felului în care surprinderea perceptivă a formei se efectua pornind de la un material vizual capabil să suscite implicarea proiectivă. Analiza protocolului a arătat că răspunsurile formale ale copilului nu aveau o bună calitate structurală și combinatorie, cu un recurs masiv la forme neadaptate. Copilul a avut o reacție de angoasă în fața uneia dintre planșe, spunând că regăsește în ea exact „chestia neagră care-l lua pe sus" în coșmaruri. O electroencefalogramă nocturnă a revelat bufeuri paroxistice generalizate de vârfuri, ce amintesc de o disfuncție de tip epileptic. Explorări prin IRM și scanner nu au adus nici un element în favoarea unei patologii lezionale.

Confruntarea diferitelor date a permis evidențierea existenței unei tulburări cognitive și afective complexe. Pe plan cognitiv, copilul întâmpina o foarte importantă dificultate atunci când trebuia să construiască ori să infereze reprezentarea unei forme vizuale. Această neputință era constantă pentru stimulii abstracți și părea să țină de o profundă insuficiență operatorie (așa cum o dovedea și cvasiincapacitatea copilului de a rezolva probleme aritmetice). Pe plan psihic, copilul părea să nu reușească să construiască o formă vizuală armonioasă. Această formă care nu-și găsea limitele nu era totuși absentă: apărea ca pletorică, înghițind sau urmărind copilul. O insuficiență a reprezentării spațialo-vizuale părea, așadar, să afecteze într-un mod izomorfic reprezentările cognitive și afective ale copilului. Pentru a compensa aceste insuficiențe, copilul utiliza diverse mecanisme: 1 / privilegia o strategie secvențială și analitică pentru a prelucra informația; 2 / proiecta perceptul neelaborat spre exterior; 3 / sprijinea vizualul pe motor; 4 / încerca să comunice natura organizării sale perceptive aparte dând un sens informului care îl invada.

Statutul disfuncției cerebrale era greu de definit. În măsura în care simptomele diagnosticate ca fiind epileptice ale copilului erau difuze, fără localizare lezională, era dificil să fie atribuite unui tip precis de tulburare cerebrală și să li se confere o funcție determinantă în tulburările cognitive și afective. Un asemenea demers ar fi fost cu atât mai hazardat cu cât starea actuală a cunoștințelor, incidența cognitivă precisă a epilepsiei, ale cărei forme sunt foarte diverse, rămâne o chestiune controversată. Totuși, intensitatea și specificitatea tulburărilor copilului au

determinat introducerea în procesul reflexiv a componentei cerebrale a suferinței sale. Noțiunea de participare cerebrală a părut pertinentă, permițând stabilirea unei legături între simptomele de halucinoză (sentimentul că este urmărit de cineva), momentele de oboseală intensă, crizele clasice și profilul foarte specific al protocolului său Rorschach (cu prezența unor „semne organice", chiar și în absența unei leziuni organice demonstrate).

Acest studiu de caz a permis analizarea anumitor mecanisme prin care stilul cognitiv al copilului (eșec în inferența vizuală), simptomatologia sa (distorsiune a proiecției vizuale) și specificitatea activității cerebrale nocturne (care amintea de o disfuncție cerebrală) erau în relație de coocurență (Plaza și Guitton, 1997).

Sindromul Landau-Kleffner, care implică în mod explicit și simultan disfuncții cerebrale, tulburări de comportament, dificultăți de limbaj și insuficiențe cognitive, îngăduie confirmarea importanței modelului integrativ. Vom evoca aici situația unei fetițe, M..., care se dezvoltase în mod armonios până la vârsta de 6 ani. Vioaie și voluntară, intrase în clasa I și începea să învețe să citească, dar a început să prezinte dificultăți de vorbire și tulburări de comportament. Un neurolog consultat a constatat că electroencefalograma era foarte perturbată și i-a prescris un tratament antiepileptic. Starea psihică a copilului s-a degradat. M... a prezentat comportamente psihopatologice spectaculoase (nu mai comunica, încerca să se sugrume, era constant agitată). Trimisă în psihoterapie pentru niște tulburări diagnosticate ca „psihotice", copilul și-a pierdut complet vorbirea. După șase luni, a fost pus diagnosticul de sindrom Landau-Kleffner. Acest sindrom asociază o afazie, o agnozie auditivă, o electroencefalogramă perturbată și tulburări comportamentale. După câteva luni de tratament pe bază de corticoizi și anticonvulsivante, M... și-a redobândit progresiv audiția și limbajul, iar agitația i-a scăzut.

În timpul primelor consultații, copila nu vorbea deloc, era extrem de agitată și părea surdă (cu toate că organele sale auditive erau integre). Nu suporta să i se pună microfon și întrerupea sistematic sunetul televizorului. Când îi vorbea cineva, îi punea mâna pe gură ca să-l facă să tacă. Sindromul Landau-Kleffner este însoțit adesea, în perioada acută, de o agnozie auditivă majoră care îl deconectează total pe copil de lume. M..., fetiță voluntară, încerca să stăpânească în felul ei agnozia ce i se impunea: dacă nu auzea, totul era într-un anumit fel din pricina ei. Agitația continuă a copilei poate fi pusă în relație cu perturbările

cerebrale evidențiate de electroencefalogramă și cu deconectarea auditivă, cauzatoare de izolare. Dar intervine și un al treilea element: experiența agnoziei. Un tânăr de 17 ani care a prezentat de-a lungul întregii copilării un sindrom Landau-Kleffner a relatat că, în timpul anumitor părți ale testului de ascultare dihotică, părți când nu putea să prelucreze sunetul, auzea niște pârâituri foarte dezagreabile care îi readuceau în minte dureroasa amintire a bolii sale. Prin urmare, se poate presupune că, în chiar punctul culminant al crizei, agnozia acestor copii nu este trăită ca un „blanc" (tăcere), ci ca o maltratare sonoră insuportabilă. Sunt comprehensibile agitația lor în fața acestei lumi pe care n-o mai pot decoda, recursul la vedere și gesturi, dar și dorința lui M... de „a tăia sunetul".

Aceste două situații dovedesc importanța pe care o prezintă pentru psihologul clinician lucrul cu un model interactiv de coocurență și nu de cauzalitate simplă, prin căutarea unor corespondențe între diferitele registre, în scopul contribuirii la un adevărat diagnostic diferențial. Faptul acesta implică o cunoaștere a diferitelor tulburări (prin integrarea datelor psihopatologiei și neuroștiințelor), o solidă stăpânire a testelor, o capacitate de a lucra în mod pluridisciplinar cu alți specialiști (psihiatrie, psihomotricitate, ortofonie, neuropsihologie, neurologie, genetică) și o aptitudine de a integra într-o manieră dinamică toate aceste informații în scopul clarei lor prezentări în fața celor veniți în consultație.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PARTEA A DOUA
PSIHOPATOLOGIE GENERALĂ

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3. Tulburările de dezvoltare la copil

de Colette Jourdan-Ionescu și Șerban Ionescu

Prolegomene la o psihopatologie a copilului

• Deoarece copilul a fost multă vreme considerat un adult în miniatură, copiilor mici li se aplicau cunoștințele dobândite în legătură cu adulții. Preocuparea față de copii și dezvoltarea lor apare în publicațiile consacrate educației copiilor dificili, de pildă, lucrarea lui Itard (*L'enfant sauvage*)[1]. Apariția școlii obligatorii a accelerat nevoia de cunoștințe despre dezvoltarea normală și atipică a copilului.

• Cunoștințele în psihopatologia copilului sunt și ele recente, nu datează decât de la mijlocul secolului al XX-lea (Dumas, 2002). Înainte, se infera înțelegerea tulburărilor copilului pornindu-se de la cunoștințele de psihopatologia adultului. Faptul acesta explică de ce, în clasificări, psihopatologia copilului ocupă încă adesea un loc redus.

• Când se vorbește despre patologie la copil, se vorbește despre o tulburare care se îndepărtează de normă. Prin urmare, este esențial ca specialistul să cunoască dezvoltarea normală a copiilor, să frecventeze copii care se dezvoltă bine, pentru a putea să fie atent la ceea ce este diferit din clipa în care se află în prezența unui copil ce vine la consultație pentru o tulburare.

• Cum copilul este o ființă în dezvoltare, este confruntat cu dezechilibre care pot determina crize și „patologii normale", precum coșmarurile la copiii de vârstă preșcolară. În timpul acestor crize, copilul poate chiar să regreseze. Important este ca acesta să traverseze crizele și ca patologiile așa-zis „normale" să nu se instaleze... Pe de altă parte, copilul fiind o ființă în dezvoltare, simptomele observate într-o perioadă dată pot să se schimbe, ba chiar să dispară rapid. Prin

1 Raportarea se poate face la excelentul film al lui François Truffaut, *Copilul sălbatic*, bazat pe *Mémoire et rapport sur Victor de l'Aveyron* de Jean Itard (1806), interpretat de François Truffaut.

urmare, se vorbește despre tulburare doar atunci când copilul prezintă o simptomatologie destul de stabilă și care provoacă suferință. În felul acesta, se dorește evitarea pericolului unei stigmatizări precoce, în condițiile în care dezvoltarea copilului poate să evolueze și să intre în norme.

• Normalul și patologicul nu trebuie să fie considerate ca două stări distincte pe care le-ar despărți un șanț lat, ci mai degrabă ca două câmpuri care se întrepătrund, incluzând acel „patologic de normal" (de exemplu, copiii hipermaturi ai unor părinți care prezintă tulburări de sănătate mentală) și acel „normal de patologic" (bâlbâirea începutului vorbirii, fobiile copilăriei mici, conduitele de ruptură ale adolescenței etc.). Prin urmare, este mai degrabă un continuum pe care copilul „se plimbă" de-a lungul evoluției sale.

• Este necesar să fie luate în considerare diferențele individuale care sunt importante în dezvoltarea copilului, cu atât mai mult cu cât dezvoltarea nu se face în mod sincron (Beauchesne, 1978). Diferențele dintre băieți și fete constituie un astfel de exemplu, băieții privilegiind dezvoltarea motorie în detrimentul celei a vorbirii, în timp ce fetele suprainvestesc, de obicei, limbajul. Pentru un copil anume, este, așadar, necesar să se circumscrie ansamblul dezvoltării înaintea emiterii unui diagnostic referitor la un retard de dezvoltare într-un sector precis, ca acela al limbajului.

• Anumite diferențe culturale există pe planul exprimării simptomelor la copil (a anxietății, de pildă) și al prevalenței lor (diferite puneri în evidență, de exemplu, în studiile interculturale întreprinse, împreună cu *Child Behavior Checklist*, de Achenbach (1991) și raportate de Serafica și Vargas (2006).

• Orice tulburare a copilului are o repercusiune asupra unei părți sau asupra ansamblului mediului său (părinți, frați, familie extinsă, vecini, prieteni, colegi de clasă, colegi de serviciu ai părinților etc.) și este influențată în schimb de reacțiile anturajului acestuia. Labilitatea tulburărilor la copii poate fi legată de cercetarea reacției părinților (un copil care prezintă tulburări alimentare de origine psihogenă poate să le regleze de unul singur dacă părinții nu reacționează prea mult, unele tulburări ale somnului care le perturbă în mod obligatoriu somnul părinților vor fi poate mai eficiente ca apel ce trebuie auzit).

• Atunci când se caută etiologia unei tulburări, trebuie adesea să se reflecteze în termeni de plurideterminism ce implică factori de risc individuali (biologici, de temperament, de exemplu), familiali (eredi-

tari, educativi etc.) și de mediu (rețea de susținere socială, acces la îngrijiri etc.) care pot fi asociați cu impactul unor evenimente de viață (la fel de simple precum nașterea unui frate mai mic, mutare, despărțire, o boală, un doliu).

• Este important ca tulburările copilului să fie situate în cadrul psihologiei dezvoltării (Cicchetti, 1990; Cowan și Pape Cowan, 2006) pentru luarea în calcul a traiectoriilor de risc care pot să ducă unele tulburări de dezvoltare ale copilului la probleme de sănătate mentală la viitorul adult.

• La copil, evoluția anumitor tulburări poate fi foarte favorabilă, mulțumită proceselor de maturizare și capacităților de a se sprijini pe factori de protecție. Prin urmare, este important să se ofere din vreme tratamentul cel mai apropriat cu putință, combinând intervenții cu copilul, cu familia și mediul acestuia.

Un demers de evaluare diagnostică va permite culegerea informației necesare stabilirii unui diagnostic. Pentru aceasta, este esențial să se lămurească cererea și să se culeagă maximul de informație despre dezvoltarea copilului, mai ales prin anamneză. Stabilirea unui psihodiagnostic printr-o evaluare multidimensională (care ia în calcul diferitele aspecte ale dezvoltării psihomotorii, afective, cognitive, lingvistice, sociale) permite situarea copilului/adolescentului pe un continuum al sănătății mentale și emiterea unei judecăți profesionale referitoare la tulburările prezentate.

Mai multe întâlniri îngăduie evaluarea labilității specifice dezvoltării copiilor și urmărirea evoluției relației sau a capacității de adaptare. Evaluarea trebuie să se facă în diverse moduri: prin culegerea de mărturii ale anturajului (părinți, educatoare, învățătoare, medic etc.); prin recursul la evaluarea așa-zis „înarmată" cu o baterie de instrumente complementare: desene, teste (ale căror calități psihometrice sunt dovedite și ce au norme cu care se va compara scorul copilului), teste proiective, chestionare și grile de observație.

Din motive didactice, exemple de instrumente se vor regăsi în fiecare capitol, pentru o mai bună aplicare la diferitele tulburări prezentate.

A. Tulburările dezvoltării în marile clasificări internaționale

Implementarea clasificărilor pentru regruparea tulburărilor dezvoltării a permis crearea unui limbaj comun între specialiștii din toate țările. Fiecare pas înainte al cunoștințelor având un revers, specificitățile și detaliile clinice dezvoltate de-a lungul anilor în privința acestor tulburări (în Franța, de pildă) au fost în parte „șterse" de regrupările clasificărilor internaționale. Se constată o sărăcire a elementelor clinice, mai ales a descrierii caracteristicilor diagnostice. În cadrul psihopatologiei copilului și adolescentului, este încă și mai degradant că specialiștii trebuie să se mărginească la un cod și o descriere fixată care nu pot să dea pe de-a-ntregul seamă despre variabilitatea individuală a tulburării și labilitatea simptomelor proprii acestor etape ale dezvoltării. Riscul de stigmatizare este, așadar, mare, atunci când un diagnostic este înscris rapid la dosar. Prin urmare, se recomandă prudență, astfel încât să se evite ca un copil să fie prea repede etichetat („pe viață") cu o tulburare care ar putea să dispară în săptămânile următoare.

Folosirea unor coduri care provin din aceste clasificări facilitează totuși standardizarea culegerii de semne și statisticile care trebuie realizate în acest domeniu (date epidemiologice care permit situarea importanței unei tulburări). Prin urmare, este important ca în dosarele medicale să fie consemnate codurile diagnostice. Faptul acesta permite, într-adevăr, o omogenizare a diagnosticelor între specialiști (comunicare a diagnosticului facilitată). Mai mult, realizarea studiilor epidemiologice este mult ușurată, culegerea de date și prelucrarea statisticilor aferente făcându-se pe baze uniforme.

În *Clasificarea internațională a maladiilor* (ICD-10; Organizația Mondială a Sănătății, 1992/1993), tulburările de dezvoltare psihologică se caracterizează prin:

- un debut obligatoriu în prima ori a doua copilărie;
- o alterare sau un retard al dezvoltării unor funcții strâns legate de maturizarea biologică a sistemului nervos central;
- o evoluție continuă fără remisiune ori recădere (ceea ce contrastează cu evoluția multor tulburări mentale).

Sub titlul de tulburări de dezvoltare psihologică sunt descrise mai multe categorii de tulburări:

1 / *tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și a limbajului* (tulburări specifice de articulare a vorbirii, tulburări ale achiziției limbajului de tip expresiv sau receptiv, afazie dobândită cu epilepsie (sindrom Landau-Kleffner));
2 / *tulburări specifice de dezvoltare privind abilitățile școlare* (cititului, scrisului, abilități aritmetice);
3 / *tulburare specifică a dezvoltării motorii* a cărei caracteristică esențială este o alterare importantă a dezvoltării coordonării motorii (debilitate motorie a copilului, dispraxie a dezvoltării, tulburare a achiziției coordonării);
4/ *tulburări specifice mixte de dezvoltare*, categorie caracterizată de prezența simultană a unei tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii sau a limbajului, a unei tulburări a abilităților școlare sau a unei tulburări a dezvoltării motorii, fără ca nici una dintre aceste tulburări să nu predomine îndeajuns pentru a putea constitui diagnosticul principal;
5 / *tulburări pervazive globale de dezvoltare*, categorie care regrupează mai ales autismul infantil, sindromul Rett, tulburarea dezintegrativă a copilăriei și sindromul Asperger;
6 / *alte tulburări ale dezvoltării psihologice* (ca agnozia dezvoltării);
7 / *tulburare a dezvoltării psihologice nespecificată.*

Fiecare dintre aceste categorii este reperabilă în ICD printr-un cod compus dintr-o literă și două cifre (de exemplu, mergând de la F10 la F79 pentru diferitele forme ale retardului mental). Un al patrulea caracter se adaugă la cod pentru a specifica gravitatea tulburărilor. De obicei, cifrele 8 și 9 ale acestui cel de-al patrulea caracter regrupează celelalte tulburări (.8) și tulburările fără precizare (.9). Faptul lipsei unor date de evaluare valide poate provoca aceste cotări.

În *Manualul de diagnostic și statistică al tulburărilor mentale* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000/2003), categoria „Tulburare de dezvoltare" nu există. Tulburările menționate mai sus pornind de la ICD-10 figurează în DSM-IV-TR în categoria „Tulburări diagnosticate de obicei în timpul primei copilării, în a doua copilărie sau adolescență". Toate tulburările incluse în această categorie — cu excepția retardului mental — sunt notate pe Axa I a clasificării DSM-IV-TR.

Trebuie făcute mai multe observații. În primul rând, remarci terminologice:

- ceea ce în ICD-10 este desemnat ca „Tulburări specifice ale dezvoltării vorbirii și limbajului" apare în DSM-IV-TR ca „Tulburări ale comunicării";
- „Tulburările specifice ale achizițiilor școlare" sunt desemnate ca „Tulburări ale învățării";
- „Tulburarea specifică a dezvoltării motorii" este denumită „Tulburare a deprinderilor motorii";
- categoria „Tulburări specifice mixte" nu figurează în DSM-IV-TR;
- nu există nici o diferență între ICD-10 și DSM-IV-TR în ceea ce privește desemnarea „Tulburărilor pervazive ale dezvoltării".

În DSM-IV-TR, tulburările au un cod compus din patru sau cinci cifre (care pot să includă subtipuri ale diagnosticului).

În sfârșit, în singura clasificare consacrată copiilor și adolescenților — *Clasificarea franceză a tulburărilor mentale ale copilului și adolescentului revizuită* (CFTMEA- R-2000[2]; Misès și Quemada, 2002) —, trei capitole se referă la tulburările dezvoltării: capitolul 1 „Autism și psihoză", care include sindromul Asperger și tulburările dezintegrative ale copilăriei; capitolul 5 „Deficiențele mentale"; capitolul 6 „Tulburările dezvoltării și ale funcțiilor instrumentale" (incluzând „tulburările vorbirii și limbajului", „tulburările cognitive și ale achizițiilor școlare", „tulburările psihomotorii").

O adăugire foarte pertinentă și originală a ultimei revizuiri a CFTMEA este axa 1 Bebeluș (0-3 ani), incluzând mai ales „Bebeluși cu risc de tulburări severe ale dezvoltării". Să subliniem o altă originalitate a acestei clasificări, foarte adaptată dezvoltării copilului și adolescentului, categoria 9 „Variațiuni ale normalității".

În CFTMEA- R-2000, codificarea diferitelor tulburări include categoria principală de tulburare, recursul la o categorie complementară (de pildă, pentru a menționa asocierea unei psihoze precoce deficitare cu un deficit intelectual) sau la elemente precum nivelul de retard mental.

În acest capitol, am ales să prezentăm principalele tulburări ale dezvoltării grupate după ICD-10. Vom da și, atunci când este diferit, numele specific al tulburării echivalente în DSM-IV-TR și în CFTMEA- R-2000. Vor fi prezentate și codurile în clasificările respective. Aceste coduri vor fi regrupate într-un cadru ce permite o regăsire rapidă a tulburărilor în respectivele clasificări. În ciuda faptului că în DSM-IV-TR, ca și în CFTMEA — R-2000, codul care corespunde tulburării în ICD-10 este citat,

[2] *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée* (*N. t.*).

corespondențele nu sunt neapărat ușor de găsit. Într-adevăr, diferențele dintre terminologii nu ușurează întotdeauna reperajul aceleiași semeiologii în cadrul celor trei mari clasificări.

Pentru a face clasificarea cât mai didactică cu putință, aceleași diviziuni sunt reluate pentru fiecare tulburare: Semeiologie[3], Epidemiologie, Etiologie, Diagnostic diferențial, Tratament și Evoluție. Cum pentru anumite tulburări, informațiile disponibile în publicațiile existente sunt mult mai numeroase decât pentru altele, diferitele părți ale acestui capitol sunt inegale ca mărime. Uneori, anumite date chiar lipsesc.

B. Tulburările specifice de dezvoltare a vorbirii și limbajului (ICD) sau tulburările comunicării (DSM) sau tulburarea vorbirii și limbajului (CFTMEA)

Dezvoltarea limbajului este alterată atunci când nu există nici o anomalie neurologică, a aparatului fonator, vreo tulburare senzorială sau deficiență intelectuală. Trebuie să se verifice și dacă tulburarea nu este pur și simplu legată de mediu (copilul fiind întru totul capabil să vorbească, dar părinții având și ei această tulburare de articulare, de pildă).

Categoria tulburărilor dezvoltării vorbirii și limbajului face obiectul unor dezacorduri în ceea ce privește clasificarea tuturor tulburărilor (Dumas, 2002; Rogé și Chabrol, 2003). Criteriile diagnostice reflectă insuficient complexitatea problemelor întâlnite: anumite tulburări par să fi dispărut (disfazia de dezvoltare), în timp ce altele pot să coincidă de la o clasificare la alta (tulburare de tip expresiv și mixt în DSM-IV-TR). Studii longitudinale care permit precizarea tra-

3 „În limbajul curent, cuvintele semiologie și semeiologie sunt adesea utilizate în mod nediferențiat. Totuși, anumiți autori, precum Guiraud (1973), recomandă să nu se confunde *semeiologia* — studiu al simptomelor și indiciilor naturale prin care se manifestă maladiile — cu *semiologia*, definită, potrivit lui de Saussure, ca știința care studiază semnele (limbile, codurile, semnalizarea) în cadrul vieții sociale (semiologia ar constitui o parte a psihologiei generale). Deși cei doi termeni menționați coexistă în psihiatrie, am reținut, pentru titlul acestui text, termenul de semeiologie care descrie mai bine, după părerea noastră, conținutul prezentat" (Ionescu, 1993, p. 236).

iectoriei de dezvoltare a acestor tulburări par să fie necesare. Aceste dezacorduri au provocat o pierdere manifestă a unor detalii clinice referitoare la anumite tulburări altădată foarte bine descrise (de exemplu, bâlbâiala sau sâsâiala).

I. Tulburări specifice ale achiziției articulări și vorbirii (ICD) sau tulburări fonologice (DSM) sau tulburare izolată a articulării (CFTMEA)

ICD-10	F80.0
DSM-IV-TR	315.39
CFTMEA	6.00

a. Semeiologie

Copilul posedă un nivel lingvistic normal, dar felul în care utilizează fonemele arată un retard de dezvoltare, limbajul său semănând, așadar, cu acela al unui copil mai mic. Copilul articulează și pronunță rău; în funcție de gravitatea tulburării, este mai ușor sau mai greu de înțeles.

Au fost evidențiate dificultăți de articulare a anumitor foneme, omisiuni, substituiri sau deformări de foneme și variații în combinarea fonemelor.

b. Epidemiologie

Estimările variază o dată cu vârsta:
- în jur de 2% dintre copiii de 6–7 ani prezintă o tulburare fonologică de la moderat la sever, în ciuda unei prevalențe mai ridicate a formelor ușoare;
- prevalența scade la 0,5% spre vârsta de 17 ani.

Această tulburare este mai frecventă la subiecții de sex masculin.

c. Etiologie

Un caracter familial a fost pus în evidență în anumite forme ale tulburării fonologice. Ajuriaguerra și Marcelli (1982) evocau și semnificația psihoafectivă vizibilă a unora dintre aceste tulburări.

BUASM - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

d. Tratament

Tratamentul precoce al tulburării specifice a achiziției articulării este esențial din cauza influenței acestei tulburări asupra învățării școlare și asupra relațiilor sociale (răutăți obișnuite). Sunt necesare o îngrijire ortofonică, dar și o implicare a părinților. Părinții sunt rugați să-i vorbească micuțului articulând bine și să-l pună să repete fonemele prost pronunțate.

II. Tulburări ale achiziției limbajului expresiv (ICD și DSM) sau retard al vorbirii (CFTMEA)

ICD-10	F80.1
DSM-IV-TR	315.31
CFTMEA	6.010

a. Semeiologie

Copiii care prezintă această tulburare înțeleg bine limbajul vorbit, dar au dificultăți în exprimare. Atât în plan cantitativ (semnificativ mult mai puține cuvinte achiziționate decât media copiilor de aceeași vârstă), cât și pentru structura frazelor (fraze incomplete, prost formate, reguli gramaticale nerespectate), limbajul și fluiditatea lui sunt limitate. Această tulburare este însoțită adesea de dificultăți de articulare și tulburări de memorie (dificultăți în rememorarea cuvintelor).

b. Epidemiologie

Estimările variază o dată cu vârsta:
- retard de limbaj destul de frecvent la copiii sub trei ani (la 10–15% dintre copii);
- tulburări mai puțin frecvente la vârsta școlară (3–7%).

Și aici se evidențiază o mai mare frecvență a tulburării la subiecții de sex masculin.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

c. Etiologie

Forma de dezvoltare este mai curentă decât forma dobândită și mai susceptibilă să survină la subiecții cu antecedente familiale de tulburări ale comunicării sau de tulburări ale învățării. Este menționată și o posibilă carență a mediului în geneza acestor tulburări.

d. Diagnostic diferențial

Pentru stabilirea acestui diagnostic, trebuie ca specialistul să aibă grijă să verifice dacă pacientul nu prezintă vreo problemă pe planul capacităților de comunicare socială nonverbală, al folosirii unor semne nonverbale (mimici, gesturi) și a limbajului interior care se exprimă în jocurile de imaginație. Diagnosticul de autism este atunci respins.

III. Tulburări ale achiziției limbajului receptiv (ICD) și tulburare mixtă de limbaj receptiv și expansiv (DSM) sau disfazie (CFTMEA)

ICD-10	F80.2
DSM-IV-TR	315.31
CFTMEA	6.012

a. Semeiologie

Dificultatea de care se lovește copilul în înțelegere arată că limbajul îi este inferior celui al copiilor de aceeași vârstă. Se vorbește adesea despre tulburare mixtă de limbaj receptiv și expresiv, deoarece este menționată adesea prezența concomitentă a unor tulburări fonetice. Copilul pare pierdut din clipa în care trebuie să urmărească anumite consemne (pe care nu le înțelege). Această tulburare este însoțită de cele mai multe ori și de dificultăți de articulare și mnezice.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

b. Epidemiologie

Tulburare mai puțin frecventă decât tulburarea limbajului de tip expresiv. Estimările variază o dată cu vârsta:
- până la 5% dintre copiii de vârstă preșcolară prezintă aceste tulburări;
- tulburări mai puțin frecvente la vârsta școlară (3%).

c. Etiologia (tulburării de tip mixt receptiv-expresiv)

O componentă genetică poate fi inferată din frecvența mai mare la băieți și la rudele biologice de gradul întâi a unor subiecți care prezintă această tulburare decât în populația generală.

d. Diagnostic diferențial

Formele cele mai grave de tulburare a achiziției limbajului de tip receptiv se regăsesc la copiii care pot răspunde prin ecolalie la cuvinte care n-au nici un sens pentru ei și care prezintă un retard pe planul dezvoltării sociale. Dimpotrivă, chiar dacă par să semene cu copiii autiști, au interacțiuni sociale normale, joacă roluri diverse și par normal de atașați de părinți.

IV. Afazie dobândită cu epilepsie (sindrom Landau-Kleffner) (ICD) sau afazie dobândită cu epilepsie (CFTMEA)

ICD-10	F80.3
DSM-IV-TR	—
CFTMEA	6.020

a. Semeiologie

Tulburare caracterizată printr-o primă dezvoltare normală a limbajului care este urmată de o pierdere a achizițiilor atât pe plan receptiv cât și expresiv. În timpul survenirii tulburării (de obicei, pierdere brutală a deprinderilor între trei și șapte ani), sunt menționate anomalii paroxistice la electroencefalogramă și, în majoritatea cazurilor, crize de epilepsie. În forma sa de dezvoltare, alterarea limbaju-

lui expresiv nu este legată de o leziune neurologică postnatală de origine cunoscută. Copiii care au această formă încep adesea să vorbească tardiv și abordează diferitele etape ale achiziției limbajului expresiv mai încet decât norma.

b. Epidemiologie

Sindromul Landau-Kleffner și alte variante de forme dobândite sunt relativ rare.

c. Etiologie

Etiologia tulburării este necunoscută, se presupune, după simptome, că ar putea fi vorba despre un proces encefalitic inflamatoriu, consecință a unei maladii neurologice sau a unei afecțiuni medicale generale (de exemplu, encefalită, traumatism cranian, iradiere).

d. Evoluție

Evoluția este foarte variabilă; într-o treime din cazuri, este menționată o vindecare completă, în celelalte două treimi, copiii păstrează un deficit de limbaj mai mult sau mai puțin important pe plan receptiv.

V. Alte tulburări specifice de dezvoltare a vorbirii și limbajului (ICD și CFTMEA)

ICD-10	F80.8
DSM-IV-TR	—
CFTMEA	6.08

Potrivit ICD, este inclusă aici și sâsâiala. Ajuriaguerra și Marcelli (1982) descriu două sigmatisme:

- sigmatismul interdental (mai cunoscut sub numele de *sâsâială*) care se caracterizează printr-o proastă poziție a limbii prea apropiată sau între incisivi și
- sigmatismul lateral caracterizat printr-o scurgere laterală a aerului. În acest caz, este important să se stabilească diagnosticul dife-

BCU "SI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

rențial al unei tulburări consecutive unei malformații a bolții palatine care va trebui să fie tratată medical.

DSM-IV-TR include totuși în tulburarea fonologică blezitatea (proasta articulare a siflantelor).

VI. Mutism electiv (ICD), mutism selectiv (DSM și CFTMEA)

ICD-10	F94.0
DSM-IV-TR	313.23
CFTMEA	6.031

a. Semeiologie

Tulburare caracterizată de faptul că micuțul nu vorbește în anumite condiții. Poate fi vorba despre un *mutism intrafamilial* față de anumite persoane (de exemplu, copilul nu comunică, în șoaptă, decât cu mama), dar cel mai adesea, este vorba despre un *mutism social* sau *extra-familial* (la creșă, grupă, grădiniță, școală etc.). Tulburarea interferează cu reușita școlară și cu comunicarea socială. Copiii care prezintă această tulburare sunt adesea timizi și au tendința de a face dovada unui atașament excesiv și de retragere socială.

b. Epidemiologie

Tulburarea este relativ rară și, potrivit DSM, ușor mai frecventă la fete.

c. Diagnostic diferențial

Pentru realizarea acestui diagnostic, trebuie eliminate perioadele de schimbare (de pildă, prima săptămână de după intrarea la creșă sau sosirea într-o țară a cărei limbă copilul n-o vorbește) și celelalte tulburări ale vorbirii și limbajului care ar putea explica mutismul (bâlbâiala, de exemplu).

BCU CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

VII. Balbism

ICD-10	F98.5
DSM-IV-TR	307.0
CFTMEA-R-2000	6.04

Balbismul (bâlbâiala) este regrupată în ICD-10 printre celelalte tulburări ale comportamentului și alte tulburări emoționale care apar de obicei în timpul copilăriei sau adolescenței cu tulburări foarte diverse ca enurezisul, encopresisul, tulburarea de hrănire din prima și a doua copilărie, pica, mișcările stereotipate. În DSM-IV-TR, este mai logic inclus în tulburările comunicării. De asemenea, în CFTMEA, bâlbâiala figurează în tulburările vorbirii și limbajului. În sfârșit, Michel Lemay (1999) situează bâlbâiala în tulburările articulatorii.

a. Semeiologie

Această tulburare a limbajului se definește printr-o alterare marcată a fluenței verbale caracterizate prin repetiții de sunete sau silabe. Potrivit lui Ajuriaguerra și Marcelli (1982), se pot distinge două forme de blocaj în discurs:

- bâlbâiala clonică ce este marcată printr-o repetiție involuntară, sacadată și explozivă a unui fonem, adesea primul din enunț („eu-eu-eu-eu-eu-eu cred...) și
- bâlbâiala tonică ce se caracterizează printr-un blocaj și o imposibilitate de a emite un sunet un anumit timp. Se observă eforturi și sincinezii[4] pentru reluarea cursului discursului.

Cele două tipuri de bâlbâială coexistă de foarte multe ori.

Progresiv, copilul își conștientizează tulburarea foarte handicapantă pe planul relațiilor sociale, iar faptul acesta determină o modificare a interacțiunilor sale cu ceilalți. Confruntat cu eșecul, trăiește stări de tensiune care se accentuează în momentele pe care el le consideră cele mai importante. Lucrul acesta îl poate face să renunțe la tot felul de oportunități. Atunci când copilul cântă, recită o ghicitoare sau un poem pe care l-a învățat, bâlbâiala se estompează de obicei.

Bâlbâiala poate fi asociată cu alte tulburări ale limbajului.

4 Contracție involuntară a unui mușchi în timpul unei mișcări involuntare.

b. Epidemiologie

De la 1% printre copii, prevalența bâlbâielii scade la 0,8% la adolescenți. Potrivit DSM, sex ratio este de 3B: 1F.

c. Etiologie

Studiile pe gemeni și în familii aduc argumente în favoarea unui factor genetic (probabilitatea unui risc de bâlbâială de trei ori mai mare la rudele de gradul întâi ale unor subiecți afectați). Se pot vedea și cazuri de bâlbâială care apar după un traumatism.

d. Diagnostic diferențial

Este foarte important să se diferențieze bâlbâiala alterărilor normale ale fluenței care se regăsesc la copiii mici în cursul achiziției limbajului. Ajuriaguerra și Marcelli (1982) vorbesc chiar de „bâlbâială fiziologică" între trei și cinci ani. Copilului îi este atunci greu să exprime tot ce are de spus.

e. Tratament

Pe plan preventiv, este esențial ca specialistul să fie atent la primele semne de apariție ale bâlbâielii. Atunci când copilul este mic, iar tulburarea nu este decât tranzitorie, este important să i se favorizeze dispariția: sfaturi date părinților (să-i ceară copilului să respire adânc înainte de a vorbi, mai ales atunci când este nervos și vrea să comunice repede o informație esențială) și relaxare. Atunci când tulburarea este instalată, la copilul mai mare, trebuie să se recurgă la reeducare ortofonică și o psihoterapie.

f. Evoluție

Apărând insidios în timpul dezvoltării limbajului (între doi și șapte ani), bâlbâiala se transformă progresiv într-o problemă cronică.

BUCIA CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Atunci când îşi conştientizează tulburarea şi îi constată consecinţele sociale, copilul recurge la unele strategii de evitare: lingvistice (evitarea anumitor cuvinte, modificarea ritmului discursului ca să nu trebuiască să vorbească repede), situaţionale (evitarea vorbirii în public, a discursurilor, a vorbirii la telefon sau în toate celelalte situaţii care îl fac să se simtă prost).

Dispariţia spontană a tulburării constatată la anumiţi tineri (putând să ajungă până la 60% dintre cazuri) nu justifică abandonarea abordării preventive precoce şi a tratamentului. Acestea sunt, într-adevăr, necesare din cauza unor grave consecinţe individuale şi sociale ale tulburării. Bâlbâiala poate fi vindecată în 80% dintre cazuri şi de obicei înaintea sfârşitului adolescenţei.

C. Tulburările specifice de dezvoltare a abilităţilor şcolare (ICD) sau tulburări ale învăţării (DSM)

I. Tulburare mixtă a abilităţilor şcolare

ICD-10	F81.3
DSM-IV-TR	—
CFTMEA	—

a. Semeiologie

Tulburarea mixtă a abilităţilor şcolare (F81.3 în ICD-10) este inclusă aici, deoarece sunt nişte tulburări pentru care se evidenţiază în acelaşi timp dificultăţi semnificative la citire sau ortografie şi matematică; mult mai curent sunt numite tulburări ale învăţării.

Se vorbeşte despre tulburări de dezvoltare ale abilităţilor şcolare atunci când modalităţile obişnuite de învăţare sunt perturbate încă de la începutul şcolarităţii. Diagnosticul de tulburări ale învăţării este pus atunci când subiectul prezintă o performanţă net inferioară (cel puţin două ecarturi tip de la medie) la teste şcolare standardizate (citire, scriere, matematică) după vârstă, nivelul şcolar şi nivelul său intelectual. Într-adevăr, un retard de lectură de un an nu are aceeaşi valoare la şapte şi la paisprezece ani. Sunt adesea asociate o stimă scăzută de sine şi greutăţi în viaţa de zi cu zi (în care individul trebuie să ştie să calculeze, să scrie sau să citească). În majoritatea cazu-

rilor, s-au evidențiat înainte și tulburări ale limbajului. Este important să fie luate în considerare stimulările primite în mediul familial și ajutorul dat la școală înainte de a se pune un asemenea diagnostic.

b. Epidemiologie

Prevalența este cuprinsă între 2 și 10% în funcție de modalitățile de evaluare și definițiile folosite. În jur de 5% dintre elevii școlilor publice din Statele Unite sunt identificați ca având o Tulburare de învățare. În general, „băieții au mai multe probleme de citire și alte dificultăți de învățare" (Zahn-Waxler *et al.*, 2006, p. 88).

c. Etiologia tulburărilor învățării

Diversele manifestări ale acestor tulburări corespund diferitelor influențe ale unor factori biologici, psihologici, educativi și sociali.

d. Diagnosticul diferențial

Înainte de a se pune diagnosticul de tulburare de învățare, sunt importante anumite verificări. Să fie oare vorba mai degrabă despre o tulburare vizuală sau auditivă? Este necesar deci să se facă un bilanț al vederii și audiției. Această tulburare nu ascunde o scădere a investirii școlarității ca urmare a unui eveniment stresant sau a unui traumatism? Anamneza permite să se dea un răspuns la această întrebare. Să fie oare vorba despre dificultăți de învățare la școală fără funcționare intelectuală inferioară normei și fără probleme de dezvoltare socială? O examinare psihologică a nivelului intelectual și a comportamentelor de adaptare va îngădui respingerea ipotezei de deficiență intelectuală și verificarea faptului dacă performanțele sunt normale în toate sectoarele (mai ales vizualo-spațial). Copilul plânge de foarte multe ori fără motiv, în legătură cu dificultățile de învățare? Dacă da, atunci va trebui să se aibă în vedere mai degrabă o tulburare depresivă. Copilul prezintă un deficit de atenție? O evaluare psihologică cu teste de atenție, dar și o descriere detaliată a contextului de apariție a simptomelor vor aduce răspunsurile la această întrebare.

BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

e. Tratament

Copilului i se propune un ajutor în clasă, un sprijin pentru lecții, ameliorarea învățării sale mulțumită diferitelor jocuri (există tot felul de jocuri pedagogice pentru învățarea cuvintelor, a cifrelor etc. Chiar și simplele jocuri de cărți permit familiarizarea cu cifrele.) Părinții trebuie să valorizeze eforturile copilului și să lucreze în mod concertat cu cadrul didactic (cerându-i, la nevoie, o reducere a temelor pentru a se centra pe principalele dificultăți ale copilului).

f. Evoluție

Dacă tulburările de învățare nu sunt tratate, riscul este ca cel mic să devalorizeze școala. În acest caz, se poate considera că va putea să existe abandon școlar, devalorizare socială, nonprofesionalizare și risc de marginalizare.

II. Tulburare specifică a cititului (ICD), tulburare a cititului (DSM) sau tulburare lexicografică cu dislexie izolată (CFTMEA)

ICD-10	F81.0
DSM-IV-TR	315.00
CFTMEA	6.10

Chiar dacă simptomele acestei tulburări pot fi regăsite încă de la vârsta preșcolară, mulți copii afectați de această tulburare nu sunt depistați decât tardiv (gimnaziu sau chiar mai târziu) sau chiar nu sunt diagnosticați, deși au întâmpinat mari dificultăți de învățare a citirii. Deși constituie dificultatea de învățare cea mai răspândită, această tulburare este, așadar, insuficient depistată.

Foarte folosit în limbajul curent, termenul de dislexie (apărut încă din 1835) pare să fi dispărut din clasificările internaționale actuale (cu excepția CFTMEA). Faptul acesta se alătură dificultăților terminologice asociate tulburărilor de învățare evocate de Van Grundenbeeck (1999).

BUCHAREST CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

a. Semeiologie

Copiii care manifestă această tulburare prezintă dificultăți de citire: dificultăți în descifrarea cuvintelor și recunoașterea acestora, în citire și în înțelegerea a ceea ce citesc. Fără probleme de ordin intelectual sau vizual, ei prezintă omisiuni în lectură sau citesc pe litere (*copa* pentru *copac*; *ma* pentru *masă*), substituiri (*mână* pentru *deget*), inversiuni (*ro* pentru *or*, *cir* pentru *cri*), adăugiri de cuvinte sau de părți de cuvinte (*escapadă* devine *cascapadă*), confuzii de grafeme a căror corespondență grafică sau fonetică este apropiată (*b-d*, *p-q*, *s-ș*, *l-m*, *i-î* etc.). Citirea stagnează la decodarea lentă (cu dificultăți de urmărire a rândurilor), iar înțelegerea a ceea ce se citește este greoaie. Cadrele didactice îi identifică pe acești copii mai ales datorită confundării sunetelor, inversiunii silabelor sau literelor. Alte semne care atrag atenția sunt unele dificultăți de memorie imediată, persistența greșelilor în timpul copierii, dificultăți spațio-temporale. Această tulburare se manifestă de obicei încă din primii ani de școlaritate, dar diagnosticul acesta se poate pune numai în timpul celui de-al doilea an de școală primară, ansamblul copiilor din clasa întâi făcând acest tip de greșeli în timpul învățării citirii.

Copiii care au o tulburare specifică a citirii pot suferi și de o scăzută stimă de sine, de demoralizare și de deprinderi sociale deficitare. Faptul acesta provoacă dificultăți de adaptare la școală (Heim și Benasich, 2006). Anumite instrumente permit reperarea acestor semne: testul privighetorii al lui Lefavrais, *Boder test of reading-spelling pattern* al lui Boder și Jarrico (vezi Rainville și Volle, 1998) sau testul de dislexie al lui Griffin-Walton-Ward).

b. Epidemiologie

Prevalența tulburării citirii este greu de stabilit, deoarece multe studii se ocupă de prevalența tulburărilor de învățare fără să aibă grijă să diferențieze tulburările specifice ale citirii, calculării sau expresiei scrise. Or, tulburarea de citire este cea mai comună dintre tulburările de învățare (80% din cazuri) și poate fi asociată celorlalte tulburări de scriere sau de abilități matematice. Prevalența tulburării de citire în Statele Unite este estimată la 4% din copiii de vârstă școlară. Rogé și Chabrol (2003) evocă o prevalență a tulburării de citire care variază

între 2 și 8% la copiii de vârstă școlară. Pentru Habib (2004), dislexia afectează între 6 și 15% din populația de copii de vârstă școlară. Un profil de incidență și de prevalență mai scăzut poate fi regăsit în anumite țări unde sunt utilizate criterii mai stricte. Se menționează o predominanță a băieților care prezintă dificultăți de învățare a citirii (3–5 la o fată). Cererile de consultare sunt adesea favorabile identificării băieților, căci ei prezintă de mai multe ori comportamente perturbatoare asociate cu tulburarea de citire; dar se estimează că între 60 și 80% dintre subiecții cărora li se pune un asemenea diagnostic sunt de sex masculin. Atunci când se utilizează mai degrabă o procedură diagnostică și criterii stricte, iar nu metodele obișnuite de diagnostic bazat pe semnalarea școlară, se constată că tulburarea survine cu o frecvență egală la băieți și la fete.

c. Etiologie

Sunt citate diferite etiologii. Etiologia genetică este sprijinită de faptul că o tulburare de citire se regăsește în aceeași familie la mai mulți membri (incidență în fratrie de 40% și la ascendenții de grad întâi între 25 și 49%) și că acest rezultat este confirmat de studiile efectuate pe gemeni. Se menționează că pot fi depistate un defect de maturare a creierului, anomalii funcționale, dacă nu chiar structurale a circuitelor cerebrale ale limbajului, deficite fonologice, ale memoriei de scurtă durată, un timp de prelucrare a informației mai lung și deficite de ordin vizual, spațial, mnezic. Potrivit lui Habib (2004), în creierul dislexic (nivel parietal, arie Broca sau cerebel) se poate regăsi și o particularitate morfologică. Pentru unii copii, este amintită și o tulburare de natură perceptivă auditivă (Habib, 2004). Nu trebuie neglijate experiența psihică a copilului și raportul său cu limbajul, care pot fi alterate de elemente genetice și neuropsihologice (vezi Plaza și Cohen, cap. 2 din lucrarea de față).

Prematuritatea, retardul de creștere intrauterină, suferința neonatală sau unele anomalii genetice sau hormonale riscă să altereze repartiția funcțiilor pe fiecare emisferă cerebrală și să constituie cauze ale tulburării. Contextul familial a fost adesea incriminat pe nedrept. Totuși, anumiți factori familiali agravanți sunt uneori constatați: încadrare pedagogică inadecvată, condiții proaste de studiu (teme făcute cu televizorul deschis) și absența unui model din partea părinți-

lor (care nu citesc niciodată, nu încurajează eforturile propriilor copii pentru învățarea cititului și pentru valorizarea școlii, depreciază cadrele didactice).

d. Tratament și evoluție

O depistare și o tratare precoce (încă de la grădiniță) îngăduie să i se ofere copilului toate șansele pentru a-și depăși tulburarea. Părinții participă la tratament prin stimulări muzicale, voci înregistrate, exerciții grafo-auditive (bazate, între altele, pe metoda Borel-Maisonny care stabilește o relație între gestul scrierii unui sunet și fonemul corespondent). Lipsa tratamentului poate duce la eșec școlar, analfabetism și la numeroasele consecințe sociale ale acestora.

III. Tulburare specifică a abilităților aritmetice (sau de calcul, de învățare a matematicii sau discalculie) (ICD și CFTMEA), tulburare de calcul (DSM)

ICD-10	F81.2
DSM-IV-TR	315.1
CFTMEA	6.11

a. Semeiologie

Dacă se ține cont de vârsta copilului, de nivelul său intelectual, trebuie să se evidențieze:

- o notă inferioară cu două ecarturi tip de nivelul scontat la teste standardizate de calcul (sau retard de un an pentru dificultățile ușoare de învățare a matematicii și de doi ani pentru dificultățile grave);
- o interferență curentă cu reușita școlară și activitățile cotidiene;
- absența unei tulburări de citire5;
- prezența unor dificultăți încă de la începutul școlarității (totuși, tulburarea este adesea evidențiată în clasele a III-a sau a IV-a, atunci când învățarea devine mai complexă).

5 Totuși, comorbiditatea este foarte frecventă.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

b. Epidemiologie

Tulburarea abilităţii de calcul izolată (adică neasociată cu alte tulburări de învăţare) constituie aproximativ 1/5 dintre tulburările de învăţare. Se estimează că 1-5% dintre copiii de vârstă şcolară au o tulburare specifică de aritmetică, neevidenţiindu-se nici o diferenţă în funcţie de sex.

IV. Tulburare a dezvoltării expresive a scrisului (ICD), tulburare a expresiei grafice (DSM) sau tulburare de ortografie fără tulburare de citire (CFTMEA)

ICD-10	F81.8
DSM-IV-TR	315.2
CFTMEA	6.101

ICD descrie o tulburare centrată pe ortografie (respingând dificultăţile de citire adesea asociate). Alţi autori regrupează disortografia cu dislexia sau tulburarea de învăţare a citirii, căci acestea provoacă o disortografie. Totuşi, unele probleme de disortografie se pot regăsi la copii care nu prezintă tulburări de citire.

a. Semeiologie

În lipsa unui deficit senzorial şi intelectual, se constată capacităţi de exprimare scrisă la unele teste de ortografie standardizate net inferioare (mai puţin de două ecarturi tip sub medie) faţă de aşteptări, în funcţie de vârstă şi de nivelul intelectual al copilului. Această tulburare interferează cu reuşita şcolară şi activităţile vieţii curente. Banale la începutul învăţării, se constată unele dificultăţi la nivelul copierii textului, dictărilor şi producerii de texte. Se înregistrează numeroase greşeli de ortografie, confuzii de gen şi de număr, erori de gramatică, greşeli de punctuaţie, de construire a paragrafului şi a planului textului. Copiii care prezintă această tulburare au mari probleme pentru a scrie de mână (disgrafie). Tulburarea expresiei grafice este izolată rar, în mod normal este asociată cu o tulburare de citire.

BCU "CAROL I" BUCUREŞTI - UNIVERSITY LIBRARY

b. Epidemiologie

Cum, practic, această tulburare nu apare izolată, se găsesc foarte puțin date epidemiologice. Totuși, Plaza (1999) amintește 5-6% copii școlarizați care ar avea tulburări de limbaj scris.

c. Tratament

O intervenție pe plan școlar (susținere în clasă, ajutor ortopedagogic) și familial (încadrare, sprijin și așteptări realiste din partea părinților față de copil) este esențială. Consilierea poate fi adăugată pentru a susține pe termen lung motivația copilului și a familiei.

d. Evoluție

Tulburarea trebuie să fie diagnosticată la sfârșitul ciclului primar. Aceasta determină apariția unor repercusiuni importante asupra școlarității copiilor. Dacă tulburarea este tratată devreme, poate evolua favorabil, dacă nu, consecințele socioprofesionale sunt evidente.

D. Tulburare specifică de dezvoltare a funcției motorii (ICD), tulburare de dezvoltare a coordonării (ICD) sau retard psihomotor (tulburări specifice ale dezvoltării motorii) (CFTMEA)

ICD-10	F82
DSM-IV-TR	315.4
CFTMEA	6.20

În clasificările internaționale, această tulburare exclude instabilitatea sau tulburarea de deficit de atenție/hiperactivitate.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

a. Semeiologie

Caracteristica majoră a acestei tulburări este o perturbare importantă a dezvoltării coordonării motorii, fără afectare neurologică specifică. Faptul acesta explică fără îndoială de ce, în DSM-IV-TR, singura entitate descrisă în domeniul motor este numită „Tulburare de dezvoltare a coordonării".

Manifestările acestei tulburări variază în funcție de vârstă și de nivelul de dezvoltare. Copiii cei mai mici pot să prezinte o neîndemânare și un retard în etapele dezvoltării psihomotorii (de exemplu, la cățărat, așezat, mers). Faptul acesta se poate manifesta și printr-un mers împiedicat, prin lentoare în învățarea alergării, săririi sau a urcării și coborârii scărilor. Copilul poate întâmpina greutăți când învață să-și lege șireturile, să-și încheie sau descheie nasturii de la haine, să arunce și să prindă mingi. Poate prezenta o neîndemânare care se exprimă printr-o tendință de a lăsa anumite obiecte să cadă, de a se clătina, de a se lovi de obstacole. Copiii mai mari pot să prezinte dificultăți în asamblarea puzzle-urilor, construirea machetelor, utilizarea tastaturii calculatorului sau scrierea de mână. Sunt menționate frecvent dificultăți în domeniul vizual-spațial.

Coordonarea motorie a copilului poate fi evaluată cu probe standardizate de motricitate fină sau globală. Diagnosticul poate fi pus atunci când rezultatele sunt în mod semnificativ inferioare nivelului așteptat pentru vârsta și nivelul intelectual al copilului (scorul-prag este situat la două ecarturi tip sub nivelul scontat).

Diagnosticul nu este pus decât dacă perturbarea coordonării interferează în mod semnificativ cu succesul școlar sau activitățile vieții curente. Perturbarea dezvoltării coordonării motorii nu este imputabilă unui retard intelectual sau unei afecțiuni neurologice specifice (infirmitate motorie cerebrală, hemiplegie sau distrofie musculară). În DSM-IV-TR, se menționează că unele probleme de coordonare pot fi asociate unor tulburări neurologice specifice (de pildă, infirmitate motorie cerebrală, leziuni progresive ale cerebelului), dar că, în cazul acesta, la examenul neurologic se revelează o leziune neurologică definită și unele anomalii. Dacă există un retard intelectual, problemele de coordonare le depășesc pe acelea care, de obicei, sunt asociate acestei tulburări.

Tulburarea specifică de dezvoltare motorie poate fi asociată cu anumite tulburări ale articulării (tulburare fonologică), cu unele tulburări ale limbajului de tip expresiv sau mixt receptiv-expresiv.

În tulburările conduitelor motorii, pot fi amintite și debilitatea motorie, izolată acum un secol de Dupré (caracterizată prin asocierea unei mari neîndemânări gestuale cu importante sincinezii și o paratonie[6] exagerată) și dispraxia care îmbină, pe lângă neîndemânare, perturbări ale schemei corporale și ale reprezentării spațio-temporale, un eșec școlar și aspecte depresive.

b. Epidemiologie

Se estimează că prevalența tulburării de dezvoltare a coordonării poate să afecteze 6% dintre copiii în vârstă de la 5 la 11 ani.

c. Tratament

O reeducare psihomotorie îmbinată cu relaxarea permite realizarea unei mai bune coordonări. O terapie de susținere asociată îl va ajuta pe copil să-și amelioreze stima de sine, să surmonteze ironiile a căror țintă este, să-și păstreze motivația și să valorizeze progresele efectuate.

d. Evoluție

Evoluția este variabilă și legată de tratamentul precoce. În anumite cazuri, lipsa de coordonare persistă la adolescență și vârsta adultă.

E. Tulburările pervazive de dezvoltare

Expresia „tulburări de dezvoltare pervazive" reflectă impactul unei tulburări care se manifestă la o vârstă fragedă și afectează toate funcțiile de bază, provocând alte perturbări în cascadă (Rogé și Chabrol, 2003). În DSM-IV, tulburările de dezvoltare pervazive regrupează tulburarea autistă, sindromul Rett, tulburarea dezintegrativă a copilăriei,

6 Mare dificultate, dacă nu chiar imposibilitate de a obține o relaxare musculară activă.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

sindromul Asperger și tulburarea de dezvoltere pervazivă fără altă specificație. Acest ansamblu de tulburări este eterogen prin gradul de alterare, prin prezența unor tulburări asociate (deficiență intelectuală, epilepsie sau tulburări de comportament). Numărul de copii diagnosticați ca având o tulburare pervazivă de dezvoltare a crescut mult în acești ultimi ani, datorită unei mai bune cunoașteri a simptomelor, definirii și unei depistări mai eficiente.

I. Autism infantil (ICD) sau tulburare autistă (DSM) sau autism infantil precoce — tip Kanner (CFTMEA)

ICD-10	F84
DSM-IV-TR	299.0
CFTMEA	1.00

Descris pentru prima oară de Kanner în 1943 pe un grup de 11 copii, autismul se caracterizează prin trei tipuri de perturbări (triadă autistă): anomalii calitative ale interacțiunii sociale, anomalii calitative ale comunicării și interese restrânse cu comportamente repetitive și stereotipe (Rogé, 2003).

a. Semeiologie

- *Anomalii calitative ale interacțiunii sociale sau izolare autistă*: se observă o absență de atitudine anticipatoare (absență de dialog tonic al bebelușului care dă impresia că este „un sac de cartofi" și nu întinde brațele), de contact cu privirea, de răspuns prin zâmbet sau mimică. Gama expresiilor faciale și gestuale este restrânsă; pare să aibă o indiferență față de ceilalți, o absență de atașament selectiv (părinții suferă când copilul lor nu pare să-i recunoască).
- *Anomalii calitative ale comunicării sau tulburare a comunicărilor verbale și nonverbale*: jumătate dintre autiști nu vorbesc niciodată, iar dacă limbajul se dezvoltă, el nu are adesea nici o valoare de comunicare, mai mult chiar, comunicarea nonverbală este limitată, uneori absentă. Există anomalii ale ritmului și intonației limbajului; se observă adesea prezența ecolaliei și a unei utilizări inadecvate a pronumelor personale (autiștii nu folosesc „eu" care este înlocuit de „tu" sau prenumele copilului).

- *Interese restrânse cu comportamente repetitive sau nevoie de imutabilitate*: în afara unei rezistențe la cea mai mică schimbare de mediu și de orar, se observă jocuri repetitive foarte diferite de jocurile celorlalți copii (cu puțină manipulare și folosire repetitivă a obiectelor, absență a unei imitări cu caracter social, niciun joc de rol). Dacă vorbesc, autiștii pun adesea aceleași întrebări (nu neapărat apropriate în comunicare, de pildă, „tu cât cântărești?"), fac mișcări stereotipe (ca balansări ale corpului, mișcări ale brațelor și ale mâinilor în fața ochilor).

Aceste simptome apar înainte de vârsta de 36 de luni. Totuși, semnele autismului pot să fie relativ discrete atunci când copilul e mic. Cu cât copilul crește și se confruntă cu învățarea (limbaj, școlarizare), cu atât mai mult se diferențiază, revelând mari diferențe individuale.

Există și alte semne, ca răspunsurile perturbate la stimuli senzoriali (reacții surprinzătoare la stimulările mediului sau la senzații interne, de pildă, râsul când învârte un obiect), anomalii motorii, afecte nepotrivite, tulburări la nivelul somnului și alimentației (alimentație pasivă, respingere a alimentelor solide, refuzul schimbărilor, rigiditatea alegerilor etc.), crize în relație cu dificultățile de înțelegere și, pentru unii, performanțe excepționale într-un domeniu ca matematica sau muzica (vezi, de exemplu, memoria excepțională a personajului interpretat de Dustin Hoffman în filmul clasic produs în 1989, „Rain man", de Barry Levinson).

Evident, consecințele acestei tulburări asupra vieții familiale sunt importante, iar părinții pot să ajungă la epuizare. Pentru părinți este foarte greu să păstreze un echilibru între viața de cuplu, viața personală, viața centrată pe copilul autist, ceilalți copii ai fratriei și societate.

În cazul autismului, evaluarea multidimensională poate să includă:

– o anamneză care permite culegerea de informații referitoare la problemele întâlnite în prima dezvoltare;
– o consultație cu cei apropiați centrată pe semeiologia prezentată și pe consecințele pentru familie;
– un desen, în scopul evidențierii capacităților grafice și de expresie ale copilului;
– o observare într-o situație de joc pentru a se observa dacă micuțul folosește jucăriile după cum este obișnuit, dacă joacă roluri etc.
– o scală standardizată pentru evaluarea caracteristicilor autismului;

– o observare, în timpul evaluării, a comunicărilor nevoilor și intereselor sale, a relației cu evaluatorul etc.;
– o observare a copilului în relație cu alți copii, a interacțiunilor de joc și de comunicare.

b. Epidemiologie

Frecvențele raportate de obicei pentru tulburarea autistă sunt cuprinse între 2 și 20 de cazuri la 10 000 indivizi, cu o majoritate de băieți (4–5B / 1F). Totuși, Zahn-Waxler *et al.* (2006) amintesc că sex ratio variază în funcție de nivelul intelectual (aproape tot atâtea fete cât băieți cu IQ scăzut, în timp ce pentru autiștii de nivel înalt se poate înregistra o sex ratio de 27B / 1F).

Publicațiile din ultimii zece ani pun în evidență prevalențe mult mai mari. În Suedia, de pildă, Kadesjoe *et al.* (1999) constată, în timpul unui studiu regional realizat pe copiii de 7 ani, o prevalență a autismului de 60 de cazuri la 10 000 și o prevalență, pentru ansamblul tulburărilor de dezvoltare pervazivă, de 121 la 10 000.

Într-un articol care nu a trecut neobservat și în care își propunea să răspundă la întrebarea „Există oare o epidemie de autism?", Fombonne (2001) consideră că mărirea incidențelor prevalenței autismului observată în cercetările recente, comparativ cu datele obținute acum treizeci de ani, s-ar datora extinderii conceptului de autism, recunoașterii faptului că există autiști cu un nivel intelectual întru totul normal și mai bunei depistări a persoanelor cu acest diagnostic mulțumită creării unor servicii competente și suficiente ca număr. Vom adăuga la explicațiile lui Fombonne sensibilizarea publicului prin acțiuni, mai ales în mass-media, al căror scop a fost recunoașterea autismului și a tulburărilor pervazive ale dezvoltării.

c. Etiologie

Etiologia care-i acuză pe părinți — autismul fiind conceput ca o reacție la un mediu ostil — este respinsă la ora actuală. Această ipoteză era susținută mai cu seamă de Bruno Bettelheim care făcea paralela cu efectele trăirii în lagărele de concentrare. Reluând expresia lui Kanner de „părinți acceptabili", Bettelheim încerca mai degrabă să

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

explice dificultatea de a fi părinți acceptabili (1988). În școala sa ortogenică de la Chicago, promova un mediu bun care permitea îngrijirea copiilor autiști. Din nefericire, numeroși părinți au fost acuzați de-a lungul anilor că sunt vinovați de situația copilului lor. Astăzi, se consideră numai că mediul poate agrava sau ameliora prognosticul.

Pista genetică se confirmă de la o zi la alta. Mai multe argumente vin să susțină această teză: *a)* riscul mai ridicat de apariție a autismului (de 45 mai mare decât acela constatat la populația generală) la frații și surorile autiștilor; *b)* niveluri ridicate ale concordanței pentru autism la gemeni (60% pentru monozigoți); *c)* asocierea relativ frecventă a autismului cu afecțiuni de origine genetică (scleroza tuberoasă Bourneville, de exemplu) sau cu anomalii cromozomiale (ca sindromul X fragil); *d)* rezultatele obținute în cadrul studiului genomului în familiile care numără cel puțin două persoane afectate. Consorțiul internațional pentru studiul geneticii moleculare al autismului (care cuprinde cercetători din opt țări) a putut să identifice două zone specifice situate una pe cromozomul nr. 2, cealaltă pe cromozomul nr. 7 (pe care se află de altfel o genă ce are legătură cu patologii grave ale limbajului). Două alte regiuni, aparent cu o implicare mai redusă, au fost identificate pe cromozomii 16 și 17 (International Molecular Genetic Study of Autism Consortium sau IMGSAC, 2001).

d. Diagnostic diferențial

Este important să se stabilească un diagnostic diferențial la copilul mic, între autism și surditate. În acest scop, se va face un examen audiologic și se va verifica dacă există indiferență selectivă. Rollande Cloutier (1989) raportează un exemplu de indiferență selectivă referitoare la propria-i fiică, Chantal, cu un diagnostic de autism, ce părea surdă. Îi plăcea la nebunie brânza și cu greu putea fi păstrată în frigider, fiindcă o mânca pe toată. Tatăl povestește într-o zi (Chantal fiind prezentă, indiferentă, alături de părinți) unor prieteni că a găsit o ascunzătoare în frigiderul din pivniță, ca să păstreze brânza. De-abia întoarsă acasă, Chantal se năpustește în pivniță și se întoarce cu brânză și cu un mare zâmbet pe față...

De asemenea, este necesar să se diferențieze autismul de deficiența intelectuală (în acest din urmă caz, dezvoltarea este întârziată în mod relativ omogen, indiferența afectivă nu există, contactul este

ușor). Să observăm că autismul apare adesea în comorbiditate cu deficiența intelectuală (până la 75% din cazuri le asociază pe ambele), IQ-ul autistului fiind atunci mai mic de 70.

Există și comorbiditate a autismului cu tulburarea-obsesiv compulsivă și, în sfârșit, cu depresia și anxietatea la adolescenții autiști, mai ales aceia numiți de înalt nivel.

e. Evoluție

Cel mai grav prognostic îi vizează pe autiștii care la cinci ani încă nu au limbaj cu valoare comunicativă și care nu se joacă în mod adaptat cu jucăriile (o treime dintre subiecți). Dimpotrivă, pentru o treime dintre subiecți — cei al căror IQ este mai mare de 70 și care vorbesc — , se poate asista la o adaptare socială suficientă (serviciu regulat și relativă independență). Între acestea două, rămân persoanele care nu vor ajunge decât la o autonomie parțială.

II. Autism atipic (ICD) sau alte forme de autism (CFTMEA)

ICD-10	F84.1
DSM-IV-TR	—
CFTMEA	1.01

Tulburare de dezvoltare pervazivă care nu corespunde tuturor criteriilor autismului: fie survine mai târziu, fie manifestările patologice nu există în cele trei domenii (interacțiuni sociale, comunicare, interese restrânse). Acesta este adesea cazul copiilor care prezintă un retard mental profund, pentru care diagnosticul de autism nu poate fi confirmat pe planul comportamentelor specifice anormale. Autismul atipic este inclus în DSM în categoria Tulburare de dezvoltare pervazivă fără altă specificație (299.80).

BCU IAȘI CENTRALA UNIVERSITY LIBRARY

III. Sindrom Rett (ICD și DSM) sau tulburare dezintegrativă a copilăriei (CFTMEA5)

ICD-10	F84.2
DSM-IV-TR	299.80
CFTMEA	1.05

a. Semeiologie

După o dezvoltare normală într-o primă perioadă (dezvoltare psihomotorie normală în cursul primelor cinci luni), se constată o oprire a dezvoltării, apoi o regresiune rapidă. Intervin un fel de pierdere de interes pentru persoanele din anturaj și apariția unor semne diferite: diminuare a evoluției perimetrului cranian, pierdere a coordonării manuale și stereotipii manuale caracteristice (mișcări simetrice, gesturi de spălare a mâinilor), anxietate la schimbările brutale, mișcări ale trunchiului și membrelor, hiperventilație paroxistică, episoade de rigiditate gravă cu tremurături, ataxie (necoordonare a trunchiului), bruxism (scrâșnire din dinți) și mișcări ale limbii, necoordonare motorie și dificultăți în menținerea echilibrului, retard psihomotor important, regresiune a limbajului. O stare de deficiență intelectuală gravă se instalează, cu tulburări vasomotorii ale membrelor inferioare. Apariția semnelor se realizează în primii patru ani.

b. Epidemiologie

Datele epidemiologice sunt limitate la câteva serii de cazuri izolate și se pare că sindromul Rett este mult mai puțin frecvent decât tulburarea autistă. Tulburarea a fost raportată mai ales la fete. Rogé și Chabrol (2003) menționează existența unor cazuri foarte rare de băieți prezentând sindromul Rett.

c. Etiologie

Anomalii genetice.

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

d. Evoluție

Sindromul persistă toată viața, cu o augmentare a tulburărilor, o deteriorare motorie progresivă.

IV. Altă tulburare dezintegrativă a copilăriei (sindrom Heller sau demență infantilă, psihoză dezintegrativă, psihoză simbiotică) (ICD), tulburare dezintegrativă a copilăriei (DSM și CFTMEA)

ICD-10	F84.3
DSM-IV-TR	299.80
CFTMEA	1.05

a. Semeiologie

Se observă o puternică regresiune a dezvoltării (psihomotorii și de limbaj) după o evoluție normală în timpul primilor doi ani. Se adaugă semnele triadei autiste și apariția unei deficiențe intelectuale grave.

b. Epidemiologie

Datele epidemiologice sunt limitate, dar tulburarea dezintegrativă a copilăriei pare să fie foarte rară și mult mai puțin frecventă decât tulburarea autistă, deși diagnosticul nu este, probabil, îndeajuns susținut. Deși un nivel de prevalență similară a fost menționat pentru ambele sexe, date recente sugerează că afecțiunea ar fi mai frecventă la băieți.

c. Etiologie

Alterarea dezvoltării se înrudește cu un proces demențial care determină degradarea comportamentelor (Rogé, 2003).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

V. Sindromul Asperger

ICD-10	F84.5
DSM-IV-TR	299.80
CFTMEA	1.03

a. Semeiologie

Există trei principale categorii de semne care permit emiterea diagnosticului de sindrom Asperger:

a) se constată o alterare calitativă a interacțiunilor sociale, după cum dovedesc cel puțin următoarele două elemente:
- comportamente nonverbale deficitare (contact vizual, mimică, gesturi și posturi);
- incapacitate de a stabili relații cu cei de aceeași vârstă și de același nivel de dezvoltare;
- necăutare de a împărtăși plăceri și preocupări;
- lipsă de reciprocitate socială sau emoțională.

b) se observă un caracter restrâns, repetitiv și stereotip al comportamentelor, intereselor și activităților: obiceiuri sau ritualuri inflexibile, centre de interese restrânse, manierisme motorii. În capitolul său intitulat „Ma vie avec le syndrome d'Asperger", Stephen Shore (2003) insistă asupra distorsiunilor senzoriale (trăite ca niște violări) care-i caracterizează pe autiști și pe persoanele cu sindrom Asperger. Potrivit acestuia, distorsiunile îi încurajează pe tineri să se mărginească la niște rutine rigide liniștitoare;

c) este prezentă o alterare a funcționării sociale/profesionale.

Aceste semne sunt asociate faptului că tânărul nu prezintă retard general de limbaj sau retard de dezvoltare global sau cognitiv.

b. Epidemiologie

Referitor la prevalența sindromului Asperger, nu există încă date definitive. Diagnosticul de tulburare este mult mai frecvent (de cel puțin cinci ori) la băieți decât la fete.

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

c. Etiologie

Deși datele familiale sunt limitate, se pare că există o frecvență crescută a sindromului Asperger la rudele subiecților afectați. Este posibil să existe și un risc sporit de tulburare autistă, dar și de dificultăți sociale mai generale în familie.

d. Diagnostic diferențial

Se menționează că sindromul Asperger se diferențiază de autism prin faptul că nu este însoțit de un retard sau de o deficiență a limbajului sau a dezvoltării cognitive. ICD-10 consideră că sindromul Asperger este o tulburare cu validitate nosologică nesigură. Macintosh și Dissanayake (2004) fac bilanțul publicațiilor care vizează să compare și să diferențieze autismul și sindromul Asperger. Ei arată că persoanele care prezintă diagnosticul de sindrom Asperger se deosebesc foarte puțin de profilurile de autiști de nivel înalt și că, în momentul cercetării lor, nici o dovadă nu susținea diferențierea dintre aceste două diagnostice.

e. Evoluție

Sindromul Asperger este diagnosticat mai târziu decât tulburarea autistă, dificultățile pe planul relațiilor sociale apărând în contextul școlar. Sindromul persistă toată viața, adulții care suferă de sindromul Asperger trebuind să găsească anumite soluții socioprofesionale pe măsură (slujbă în domeniul informatic, de exemplu).

F. Retardare mentală (ICD și DSM), deficiență mentală (CFTMEA)

ICD-10	F70 până la F79[7]
DSM-IV-TR	317 până la 319[8]
CFTMEA	5.0x până la 5.4x[9]

Terminologia folosită pentru numirea deficienței intelectuale a evoluat de-a lungul timpului pentru a răspunde căutării unor ter-

7 F70 pentru retard mental ușor, F71 pentru retard mental mediu, F72 grav și F73 profund. În cazul unui retard mental nespecificat se cotează F79.

8 În DSM, codul retardului mental ușor este 317, al retardului mediu, 318.0, al retardului grav, 318.1 și, în cele din urmă, 318.2 pentru retardul mental profund; 319 semnifică faptul că severitatea deficitului nu este specificată.

9 În CFTMEA, codurile corespunzând unor niveluri de IQ: 5.0x IQ 50-69; 5.1x IQ 35-49; 5.2x IQ 20-34; 5.3x IQ mai mic decât 20; 5.4x IQ nespecificat.

meni neutri (se vorbea, de pildă, la începutul secolului al XX-lea, despre *idiot, imbecil, arieraţi mentali,* iar apoi s-a vorbit despre *deficienţă mentală,* apoi despre *deficienţă intelectuală* sau despre *retard mental*). De la ţară la ţară, sunt folosiţi termeni diferiţi (de pildă, se poate vorbi despre arieraţie mentală într-o ţară şi despre deficienţă mentală într-alta). În sfârşit, modelul subiacent influenţează termenul ales (de exemplu, termenul *oligofrenie* reflecta influenţa modelului medical). În ţările francofone, există tendinţa privilegierii expresiei „deficienţă intelectuală".

a. Semeiologie

Deficienţa intelectuală este „o oprire, o încetinire sau o nedesăvârşire a dezvoltării care se manifestă prin prezenţa concomitentă a unei funcţionări intelectuale semnificativ inferioare mediei *şi* a unui comportament adaptativ deficitar, determinaţi de factori etiologici biologici şi/sau sociali şi de mediu ce pot acţiona începând din momentul concepţiei şi până la sfârşitul maturării psihomotorii" (Ionescu, 1987, p. 29).

Trei criterii permit punerea diagnosticului:

- funcţionare intelectuală generală semnificativ sub medie (IQ de obicei mai mic de 70[10]);
- deficite concomitente ale funcţionării adaptative în cel puţin două sectoare (dintre următoarele sectoare: comunicare, autonomie, viaţă domestică, aptitudini sociale şi interpersonale, folosirea resurselor mediului, responsabilitate individuală, utilizarea achiziţiilor şcolare, muncă, timp liber, sănătate şi securitate);
- debut înaintea vârstei de 18 ani.

Nevoile de susţinere ale persoanei în mediul său sunt adăugate în definiţia întocmită de American Association on Mental Retardation (1994).

După gradul handicapului — uşor (cod ICD F70), mediu (cod F71), grav (cod F72), profund (cod F73) —, se poate stabili o clasificare care descrie caracteristicile persoanelor deficiente intelectual (tabelul 1). În cazurile în care este foarte greu, dacă nu chiar imposibil să se eva-

10 În funcţie de instrumentul utilizat pentru realizarea diagnosticului (mereu în pasă individuală), scorurile trebuie modulate cu ± 5 puncte.

lueze gradul de retard (de pildă, din cauza unui handicap senzorial sau fizic asociat), se codează F78 Alte forme de retard mental. Dacă nu se posedă îndeajuns de multe informații pentru clasarea tulburării, se codează F79, retard mental neprecizat. ICD recomandă să i se adauge codului gravitatea tulburărilor de comportament asociate (prin notarea cu .0 care semnifică absența unor tulburări de comportament; .1 pentru tulburări de comportament semnificative ce necesită o supraveghere sau un tratament; .8 alte tulburări de comportament și .9 pentru lipsa de precizie referitoare la tulburările de comportament.

Prin urmare, evaluarea trebuie să includă, pe lângă anamneză, un test de inteligență recunoscut (mai degrabă în stil Stanford-Binet sau Nemi decât scalele Wechsler, căci pot să convină la orice vârstă), o scală de comportamente adaptative (de exemplu, a doua ediție din scalele Vineland de comportament adaptativ sau *Scala de comportamente adaptative din Quebec*, care prezintă avantajul că include o parte despre comportamente inadecvate). Evaluarea trebuie să ia în calcul mediul socioeconomic și cultural al subiectului.

b. Epidemiologie

Nivelul de prevalență a retardului mental este estimat în jurul cifrei de 1% (mai frecvent la subiecții de gen masculin, sex ratio de 1,6B / 1F),

Tabelul 1. — *Clasificare a gradelor de deficiență mentală*

Grad de deficit	*IQ*	*Prevalență*	*Caracteristici*
Ușor	Între 50-55 și 69	80-85% dintre persoanele care prezintă o deficiență intelectuală	Limbaj care permite o bună comunicare Citire și scriere simple Învățare școlară laborioasă și mari dificultăți la nivel colegial Inserție socială și profesională posibilă Autonomie minimă Greutăți în administrarea bugetului sau în realizarea unor alegeri

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Grad de deficit	*IQ*	*Prevalență*	*Caracteristici*
Mediu	Între 35-40 și 49-55	10-12%	Nivel concret al comunicării orale Învățări școlare limitate și nivel de școlaritate de început de școală primară Lectură a unor enunțuri simple, reclame Nevoie de implicare socială și profesională Autonomie limitată Nevoie de susținere
Grav	Între 20-25 și 34-40	4-7%	Retard global important Recunoaștere a unor cuvinte și simboluri Învățare destul de limitată Lipsa unor cunoștințe referitoare la bani Supraveghere și ghidare necesare
Profund	Mai mic de 20-25	1-2%	Asociere frecventă cu o tulburare neurologică Limbaj cvasiinexistent Numeroase deficite Asistență și supraveghere necesare în mod constant Mare dependență

din care o majoritate de deficienți ușori (Tassé și Morin, 2003). Totuși, diverse studii au raportat niveluri de prevalență diferite, care depind de definițiile utilizate, de metodele de evaluare și de populațiile studiate.

c. Etiologie

Cum există numeroase forme de deficiență, sunt evidențiate multiple etiologii care pot acționa izolat sau pot fi asociate. Pentru a ilustra diversitatea formelor clinice ale deficienței intelectuale, citățm aici două exemple, *scleroza tuberoasă Bourneville* și *trisomia 21*.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Ereditatea (aproximativ 5% dintre cazuri) include:

- erorile înnăscute ale metabolismului moştenite, în marea lor parte, la modul autozomal recesiv (de exemplu, maladia Tay-Sachs);
- maladii monogenice cu transmitere mendeliană şi cu expresie variabilă (de pildă, scleroza tuberoasă Bourneville, vezi cadrul);
- aberaţiile cromozomiale (de exemplu, translocarea sindromului Down, vezi cadrul).

Scleroza tuberoasă Bourneville este descrisă pentru prima oară de Von Recklinghausen în 1862[11]. Va căpăta numele de Bourneville care, în 1880, a descris zone de scleroză (ţesuturi alterate ale unui organ) cu aspect tuberos (cu ramificaţii) în creierul unei persoane epileptice cu retard mental (Livet, 1990).

Semeiologie

Ca şi pentru autism, se vorbeşte despre triada clasică a simptomelor care permit punerea diagnosticului de scleroză tuberoasă Bourneville (STB). Este vorba despre leziuni cutanate, despre epilepsie şi deficienţă intelectuală. STB se prezintă sub diferite forme care grupează, aşadar, simptome dermatologice (pete hipomelanice sau acromice sau pete albe prezente încă de la naştere), angiofibroame faciale sau adenoame Pringle (tumori rotunde albe sau roşii care predomină pe nări, apar după vârsta de şase ani şi se agravează de obicei o dată cu creşterea în vârstă), piele de şagri (piele încreţită pe partea lombară), dar şi tumori Koënen (tumori sub unghii, observate mai des la femei), oftalmologice (tumori benigne pe retină şi, mai rar, depigmentare a irisului), viscerale (tumori polichistice şi angioame la nivelul rinichilor, inimii şi plămânilor), neurologice (epilepsie cu crize focale şi generalizate la imensa majoritate a persoanelor care prezintă STB, hipertensiune intracraniană din cauza tumorilor cerebrale care provoacă hidrocefalie), asociate de cele mai multe ori cu un retard mental. Acest retard mental variază de la uşor la profund (pare mai sever dacă epilepsia are un debut precoce). Acest retard este însoţit de un retard pe planul dezvoltării (mers, limbaj, curăţenie etc.) şi de dificultăţi de învăţare. Pe plan comportamental, se observă tulburări de comportament: agresivitate,

[11] http://www.snof.org./maladies/bourneville.html, pe internet la 19 august 2006.

BCU CLUJ / UNIVERSITY LIBRARY

automutilare (lovituri în cap, mușcături aplicate propriei persoane), strigăte (ca reacție la frustrare) și hiperkinezie; neîndemânare motorie, privire fixă, absență de joc imaginar, ecolalie, interacțiuni sociale limitate și comportamente ritualizate comune cu cele ale autiștilor. În sfârșit, se menționează tulburări ale somnului (dificultăți la adormire sau trezire foarte devreme).

Pentru confirmarea diagnosticului, de obicei se folosește tomodensiometria care permite identificarea precoce a zonelor de calcificare a nodulilor. Imagistica prin rezonanță magnetică îngăduie, atunci când există îndoieli, detectarea calcificărilor și a tuberculilor invizibili la scanner (Livet, 1990).

Etiologie

Această anomalie congenitală a dezvoltării embrionare are o transmitere autozomală dominantă. Atunci când unul dintre părinți este purtător, copiii au un risc de 50% să fie afectați. Această anomalie implică mutația unei gene TSC 1 localizată pe cromozomul 9 și a genei TSC 2 situate pe cromozomul 16.

Epidemiologie

Sindromul acesta este relativ rar; Aunos *et al.* (2002) amintesc o prevalență care variază de la 1 caz la 10 000 până la 1 caz la 50 000 de nașteri. Totuși acești autori menționează că anumite forme foarte atenuate pot să nu fie diagnosticate.

Progresele geneticii vor permite, probabil, identificarea unui număr din ce în ce mai mare de forme ereditare de deficiență intelectuală.

Diversele cauze ale deficienței intelectuale pot fi grupate după perioada de acțiune (Dumas, 2002): perioadă prenatală (aberații cromozomiale, mutații genetice care duc la erori ale metabolismului, embriopatii, foetopatii, prematuritate, postmaturitate), perioadă perinatală (complicații legate de naștere: anoxie, hemoragie intracraniană) și perioadă postnatală (encefalopatii de origine virală, toxică, degenerativă sau traumatică și factori socioeconomici). Pe lângă factorii citați mai devreme, să amintim maladiile infecțioase ale mamei (rubeolă, de exemplu), acțiunea anumitor factori toxici (droguri, alcool, tutun, medicamente), traumatisme (căderi, tentative de avort) și

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

unele condiţii de viaţă mediocre (stres sever, carenţe alimentare ale mamei, carenţe în stimulare ale bebeluşului).

Trisomia 21 este, probabil, cea mai cunoscută formă de deficienţă intelectuală. Descrisă de Seguin în 1846 sub numele de idioţie furfuracee, cunoscută în ţările anglo-saxone sub numele de sindrom Down, această formă de deficienţă intelectuală a fost calificată drept mongolism de către John Langdon Down (1866) din cauza asemănării faciesului trisomicilor cu acela caracteristic poporului mongol. Faptul acesta explică de ce, la ora actuală, termenul de mongolism tinde să dispară. În 1959, Lejeune, Gauthier şi Turpin arată că este vorba despre o anomalie cromozomială caracterizată prin prezenţa unui al treilea cromozom 21, de unde şi numele de trisomie 21.

Semeiologia este caracteristică încă de la naştere: cap ceva mai mic, chip rotund cu un nas mic şi plat în partea superioară, ochi cu bride şi fante palpebrale oblice cu epicantus (pliu mic în colţul intern al ochiului), iris pătat (pete Brushfield), gură mică (cu limbă care tinde să iasă) şi urechi mici (pavilion deformat), dinţi mici implantaţi anormal, gât scurt cu exces de piele pe ceafă, mâini mici cu un singur pliu palmar şi degete scurte, picioare scurte şi butucănoase (cu degetul mare foarte detaşat), burtă mare cu hernie ombilicală, hipotonie musculară şi hiperlaxitate ligamentară. Retardul mental (de diferite grade, QI putând să ajungă de la 20 la 80) şi retardul psihomotor (stat aşezat pe la 1 an, mers pe la 2 ani etc.) devin vizibile în cursul dezvoltării. Personalitatea veselă, bine dispusă a persoanelor trisomice este raportată adesea (de exemplu, Tassé şi Morin, 2003). Copiii purtători de trisomie 21 prezintă în general unele fragilităţi pe plan fizic (tendinţă la infecţiile otorinolaringiene, la cardiopatiile congenitale, la infecţiile respiratorii, la cataracte etc.). Mulţumită progreselor medicinei, speranţa de viaţă a unui copil trisomic a crescut mult (speranţă de viaţă de numai 20 de ani în anii '50; mai mult de 60 în zilele noastre).

Epidemiologie

Cea mai frecventă aberaţie cromozomială (8 milioane de persoane în lume, 1 naştere la 650). Probabilitatea de a avea un copil trisomic creşte o dată cu vârsta mamei (1/2000 de naşteri dacă mama are în jur de 20 de ani; 1/100 dacă mama are 40 de ani).

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Etiologie

Afecțiune congenitală, datorată prezenței unui cromozom 21 supranumerar, persoana posedând, așadar, 47 de cromozomi. Este menționată o trisomie liberă în 95% din cazuri: din cauza unei probleme în timpul diviziunii celulare, în tipul meiozei, unul dintre gameți păstrează ambii cromozomi 21 și fuzionează cu gametul sexului opus, realizând astfel o celulă trisomică. În alte cazuri, o eroare de distribuire survine în timpul celei de-a doua diviziuni celulare, determinând coexistența unor celule normale și a unor celule trisomice, ceea ce duce la trisomia 21 în mozaic. În alte cazuri, în sfârșit, cel de-al treilea cromozom 21 rezultă dintr-o translocație care implică de obicei cromozomul 14. Se vorbește atunci de trisomia 21 prin translocație. Din mai 2000, a fost decriptat cromozomul 21 care nu numără decât 225 de gene dintre care unele sunt răspunzătoare pentru trisomia 21; același cromozom este implicat în maladia Alzheimer, în anumite cancere și forme de cecitate sau de surditate.

Depistare și diagnostic antenatal

Există trei forme de depistare a trisomiei 21: test sanguin în luna a patra de sarcină; amniocenteză cu căutare de cariotip și cariotip la un copil suspectat de trisomie.

În ICD-10 (OMS, 1992/1993), atunci când etiologia retardului mental este cunoscută, ea trebuie notată cu un cod al ICD – de exemplu, retard mental sever (F72) în legătură cu un sindrom de deficiență tiroidiană congenitală de iod (E00).

d. Diagnostic diferențial

Deficiența intelectuală trebuie diferențiată de tulburările de învățare, de tulburările de comunicare. În aceste cazuri, nu se regăsește nici un IQ global semnificativ inferior mediei și nici un deficit pe planul comportamentelor adaptative. Diagnosticul diferențial între autism și deficiență intelectuală, deja abordat, este uneori dificil, cu atât mai mult cu cât o comorbiditate între cele două tulburări este frecventă.

e. Intervenție

După o depistare care trebuie făcută devreme, o intervenție precoce individualizată permite aducerea stimulărilor necesare celei mai bune dezvoltări a copilului (faptul acesta poate include o dietoterapie, ca în cazul maladiei Fölling) și acordarea de sprijin părinților. O integrare școlară și socială este preconizată pentru favorizarea participării sociale a persoanelor care trăiesc cu o deficiență intelectuală.

G. Retardare mentală cu tulburări de comportament semnificative care necesită o supraveghere sau un tratament + un cod eventual pentru tulburarea neurologică (ICD), deficiență cu polihandicap senzorial și/sau motor (CFTMEA)

ICD-10	F73.1
DSM-IV-TR	—
CFTMEA	5.X7

Unii copii clasificați ca deficienți profunzi se caracterizează prin deficite multiple. În cazul copiilor polihandicapați (Barat, 1996) se observă de obicei asocierea unor tulburări motorii, dismorfii, epilepsie, deficite senzoriale (cea mai frecventă fiind cecitatea), deficite motorii (paralizie, tulburări ale tonusului, mișcări anormale involuntare), probleme respiratorii și tulburări de deglutiție, probleme stomatologice, probleme cutanate, comportamente atipice (trăsături psihotice), totul însoțit de deficit intelectual profund și de absența limbajului verbal. În aceste cazuri, intervenția trebuie să se centreze pe prevenirea handicapurilor secundare (experiențe imposibile care împiedică achizițiile) și terțiare (influențe psihologice, afective și sociale) și să ia în calcul influența dificultății tratamentului pentru familie.

H. Tendințele referitoare la tratament

Progresele în materie de tehnici diagnostice, dezvoltarea unei rețele de structuri destinate diagnosticării și tratării, sensibilizarea populației

(mai ales mulțumită mass-media) fac ca, în zilele noastre, tulburările de dezvoltare să fie, în general, depistate din ce în ce mai devreme. Atunci când este posibil — cum se întâmplă în cazul copiilor mici care prezintă retarde de dezvoltare precursoare, în numeroase cazuri de retard mentale —, practicienii dispun de programe de intervenție precoce.

Argumentele în favoarea implementării unor asemenea programe ne sunt oferite de discipline diferite: neuroștiințele, psihologia dezvoltării, științele educației. Astfel, de cele mai multe ori sunt citate: plasticitatea mai mare a creierului copilului mic, faptul că primii ani de viață reprezintă perioada de dezvoltare maximă a capacităților psihomotorii, cognitive, de limbaj și socioafective ale copilului, importanța mediului natural familial în reușita programelor de educație compensatorii.

Există diferite modalități de regrupare a programelor de intervenții pentru copiii care prezintă retard de dezvoltare. Adesea, aceste programe sunt considerate ca situându-se pe un continuum care merge de la o concepție umanistă la o concepție comportamentalistă a dezvoltării copilului. Programele de tip umanist sunt caracterizate de un minim de structuri formale. În schimb, cele de tip comportamentalist comportă activități foarte structurate. De fapt, programe care au alte fundamente teoretice sunt disponibile și au fost aplicate cu succes. Să amintim, printre programele clasice, programul de stimulare psihomotorie a bebelușului de Herren și Herren (1980) care utilizează un sistem de comunicare multicanal (gestual, tonic, mimic, ocular, somestezic, auditiv) și favorizează o bună relație specialist–copil mic.

Intervenția precoce urmărește mai multe obiective care trebuie individualizate. Printre aceste obiective, să amintim:

- stimularea dezvoltării copilului mic (psihomotorie, de limbaj, relațională etc.);
- sprijinirea dezvoltării competențelor parentale, favorizarea unei atitudini pozitive a acestora față de propriul copil (încurajări, valorizare, recunoaștere a forțelor și slăbiciunilor sale, adaptare a așteptărilor lor la capacitățile copilului) și ajutarea lor în crearea unei identități pozitive ca părinți;
- dezvoltarea așa-numitei *empowerment*[12] la părinți și la copil;

12 *Empowerment* (Dunst și Paget, 1991; Dunst *et al.*, 1988; Lachapelle și Wehmeyer, 2003) include două aspecte: dobândirea capacității de autoîngrijire și aproprierea consecințelor propriilor conduite (aici, ne putem gândi la conștientizarea limitelor copilului, a propriilor limite și a importanței intervenției precoce).

– buna utilizare a resurselor existente (medicale, psihologice, școlare, sociale, de timp liber, asociații de părinți al căror copil prezintă aceeași tulburare etc.) și distrugerea izolării sociale a familiilor și copiilor (de pildă, oferindu-le întâlniri de grup).

O abordare de intervenție precoce, realizată în parteneriat între familie și specialiști, de concepție ecosistemică și orientată spre dezvoltarea factorilor de protecție (Jourdan-Ionescu, 2003), permite dezvoltarea capacității de reziliență a copilului și a sistemului său familial.

Rezultatele pozitive ale programelor de intervenție precoce au pus în evidență o problemă importantă: efectele obținute nu erau consolidate de implicarea copiilor în alte programe elaborate în funcție de dezvoltarea lor. În multe cazuri, intervenția nu trebuie să fie discontinuă. Într-o perspectivă de dezvoltare, este necesar să se conceapă proiecte individualizate, care să răspundă nevoilor particulare ale fiecărui copil.

Acestei îmbinări de diferite programe îi corespunde, în timp, și necesitatea folosirii unor metode diferite și tehnici complementare. Pe de o parte, diversitatea trebuințelor copilului și a tinerilor care prezintă tulburări de dezvoltare face ca utilizarea simultană și succesivă a unor metode și tehnici de intervenție diferite să fie necesară. Pe de altă parte, aceeași problemă nu poate fi, adesea, rezolvată decât cu o echipă de specialiști.

Rezistențele, adesea manifestate față de folosirea unor metode și tehnici complementare, se explică prin formarea pe care specialiștii au primit-o. În majoritatea cazurilor, această pregătire privilegiază o abordare teoretică în detrimentul altora. Din acest motiv, ni se pare util să se dezvolte toleranța spirituală, conștiința faptului că toate abordările au propriile limite, acceptarea alternativelor, chiar dacă acestea sunt practicate de alți specialiști sau dacă reușita lor aduce argumente în favoarea unei abordări ale cărei fundamente teoretice sunt diferite de abordarea noastră.

În legătură cu intervenția, evaluarea tinde să ocupe un loc din ce în ce mai important în practica de zi cu zi. Putem chiar să vorbim despre o adevărată *pereche evaluare-intervenție* (Ionescu, 1987). Acest demers de evaluare practicată la început și periodic mai apoi — contestată de unii clinicieni care merg până acolo, încât se referă la o „obsesie a evaluării" — permite stabilirea indicațiilor în materie de intervenție, obiec-

tivarea rezultatelor acesteia și chiar, în caz de eșec, amorsarea unei analize a cauzelor acestuia și aducerea unor îndreptări.

În sfârșit, vom menționa o altă tendință importantă în materie de tratare a tulburărilor de comportament: intervenția în mediu instituțional tinde să fie înlocuită de intervenția în familie și în medii deschise. Această importantă schimbare coincide cu o diminuare progresivă a impactului modelului medical de intervenție în cazul copilului cu tulburări de comportament. Ea este totodată și efectul unui scepticism crescând în legătură cu rezultatele instituțiilor speciale și al argumentelor în favoarea integrării, mai ales școlare, a copiilor care prezintă tulburări ale dezvoltării.

LECTURI RECOMANDATE

Dumas, J.E. (2002), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck & Larcier.

Rogé, B. & Chabrol, H. (2003), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Belin.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITARA

4. Semiologia în psihopatologia adultului

de Arnaud Plagnol

Semiologia — studiu al semnelor — ar trebui să fie instrumentul care să permită descrierea tulburărilor psihice pe care le studiază *psihopatologia*. Dar ce este aceea o tulburare psihică? Cum să definim normalul și patologicul? Putem oare studia în mod obiectiv ceea ce este eminamente subiectiv? Care este importanța organicului și, respectiv, a mentalului în ceea ce constituie o entitate patologică?

Aceste întrebări au dus la neîncetate controverse de-a lungul istoriei gândirii și influențează semiologia. În contrast cu concepția dominantă a medicinei organice din Occident, pentru care maladiile sunt niște entități naturalmente susceptibile de o descriere neutră, abordarea tulburărilor psihice pare să trebuiască să fie infiltrată de alegeri conceptuale care interzic obiectivitatea.

Pentru remedierea acestei infiltrări, este oare posibil să se restituie un punct de vedere pur descriptiv asupra tulburărilor psihice, independent de orice luare de poziție teoretică referitoare la ele? O asemenea ambiție se afirmă, de pildă, în clasificarea americană a tulburărilor mentale (DSM) care, din câte se pare, se bazează pe o pură regrupare statistică a unor manifestări patologice recognoscibile de către toți clinicienii, de unde existența unui teren comun pe care s-ar putea confrunta în mod științific modelele psihopatologiei.

Totuși, această abordare pare să se bazeze pe o dogmă contestabilă care asimilează *tulburarea psihică* și *maladia* pe modelul medicinei organice. Or, dacă acest model are o anumită eficacitate pentru patologia corpului, este el oare pertinent pentru psihopatologie unde subiectivitatea intervine în mod esențial?

Neîncrederea față de un demers pur clasificatoriu poate să se extindă și la noțiunea însăși de semiologie. În măsura în care analiza semiologică reflectă o preocupare de descriere obiectivă și neutră, atunci i-ar lipsi de la bun început ceea ce pare să fundamenteze cli-

nica, mai precis experiența unei relații intersubiective care implică în mod ireductibil singularitatea pacientului și cea a clinicianului[13]. Studiul semiologiei, poate adaptat bioterapiei, n-ar prezenta nici un interes în psihopatologie, ba chiar ar fi suspect, închistându-l pe clinician în modul în care cuprinde relația, relație în care este implicată propria-i subiectivitate. Relicvă a unui alienism desuet, predarea semiologiei ar fi chiar toxică pentru formarea viitorului terapeut.

Totuși, anumite obstacole îl așteaptă pe studentul în psihologie atunci când intră pentru prima oară într-o instituție de profil dacă ignoră elementele de bază ale demersului diagnostic. Nu numai că faptul acesta nu-i facilitează schimburile cu echipa de specialiști sau înțelegerea metodelor terapeutice, dar poate să-i îngreuneze prima elaborare a experienței clinice.

De fapt, modestia semiologiei își are propriul merit. Pe lângă faptul că poate să faciliteze dialogul între clinicieni de diferite orientări, cunoașterea elementelor sale clasice îngăduie deja o primă înțelegere a psihopatologiei. De pildă, o bună comprehensiune a noțiunii de convingere delirantă permite înțelegerea inutilității voinței de a „corecta" greșeala pacientului, legătura delirului cu angoase, importanța ascultării. Una este să respingi asimilarea unei tulburări psihice cu o entitate naturală fixată, alta e să interzici orice instrument de descriere a ceea ce se înfățișează privirii clinice, din momentul în care această privire este animată de o conștiință critică a propriei sale implicări în relație. Se poate chiar susține că refuzarea din principiu a folosirii unui asemenea instrument riscă să ducă la aglutinarea pacientului în subiectivitatea celuilalt, pacientul reducându-se atunci la obiectul unei lecturi inspirate de o dogmă sclerozată.

Vom încerca aici să îmbinăm semiologia și psihopatologia, propunând o descriere a tulburărilor călăuzită de logica elementară care organizează simptomele. O axiomă va susține expunerea acestei logici: *orice fenomen patologic are o funcție în viața psihică a subiectului*[14], *adică o valoare de apărare*. Altfel spus, vom adopta un punct de vedere *psihodinamic*, în sensul în care viața psihică este însuflețită de o tensiune susceptibilă să determine angoase și conflicte, a căror reflectare defensivă o reprezintă simptomele.

---

13 Vom utiliza termenul de „pacient", în lipsă de un cuvânt mai bun. De origine medicală, acest termen este criticabil, căci sugerează pe nedrept pasivitatea în raport cu clinicianul.

14 Sau, eventual, în viața unui sistem de subiecți în relație.

În istoria recentă a psihopatologiei, un asemenea punct de vedere psihodinamic a apărut la început în cadrul psihanalizei, cu opera lui Freud, astfel încât această emergență este considerată actul de naștere al psihopatologiei ca atare. Totuși, suntem de părere că există un nivel de comprehensiune a sindroamelor în care logica lor elementară poate fi înțeleasă fără presupoziția unei cauzalități mai fundamentale. De exemplu, nu ni se pare că înțelegerea unui delir ca rodul unei amenințări de fragmentare psihică trebuie să-l atragă pe clinician în cutare sau cutare model cauzal al psihozelor și, dacă dorește să încerce să explice originea profundă a delirului, dincolo de această amenințare de fragmentare, o asemenea comprehensiune nu-i va interzice să recurgă la cutare sau cutare teorie a dezvoltării psihosexuale, a învățării unor scheme cognitive sau a formării sistemelor familiale. Ni se pare, așadar, că dacă cineva ia ca perspectivă un nivel de *psihopatologie elementară*, unde raționamentul se realizează în termeni de *angoasă* și de *apărări*, atunci faptul acesta rămâne compatibil cu principalele cadre conceptuale utilizate în psihopatologie.

Desigur, o asemenea perspectivă implică un demers care se depărtează de cel al clasificărilor empirice. Adoptarea axiomei apărării pentru organizarea culegerii de date echivalează cu renunțarea la neutralitatea absolută. Dar ne asumăm această alegere cu atât mai multă hotărâre, cu cât ni se pare în acord cu reflexia epistemologică contemporană.

Într-adevăr, a devenit un loc comun sublinierea faptului că strângerea datelor este mereu preorientată de elemente teoretice și că însuși demersul experimental este ghidat de un cadru conceptual care nu este niciodată neutru. Lucrul acesta devine evident în psihopatologie, unde subiectivitatea observatorului intervine în mod esențial. De exemplu, înțelegerea unei fețe imobile ca un semn de depresie implică: *a)* percepția clinicianului și propria sa stare psihică; *b)* o inferență asupra stării psihice a pacientului neobservabilă în mod direct; *c)* un cadru conceptual în care noțiunea de depresie are un sens; *d)* un mediu istoric și cultural etc.

Neutralitatea clasificărilor empirice este, așadar, iluzorie, iar diversitatea lor — nosografice clasice, DSM, ICD, cu multiplele lor versiuni... — este o dovadă în acest sens. Trebuie oare să deplângem această diversitate? Nu atestă ea bogăția psihopatologiei? Nici un sistem de reprezentare nu poate circumscrie subiectivitatea umană și fațetele sale.

Abordând semiologia din perspectiva noastră de psihopatologie elementară, vom încerca să restituim unele intuiții profunde care au călăuzit clasificarea clasică a tulburărilor psihice — invitându-l totodată pe cititor să rămână pe deplin conștient de piedicile asociate oricărei clasificări. Vom încerca să punem în evidență anumite noțiuni seminale — *e.g.* disocierea (*Spaltung*) în schizofrenie — care lămuresc logica defensivă subiacentă anumitor simptome. Înțelegerea acestor noțiuni oferă un punct de plecare solid pentru dobândirea primei intuiții a principalelor tipuri de tulburări psihice, chiar dacă nimic nu împiedică mai apoi remanierea acestei intuiții în lumina aportului oferit de modele mai rafinate.

După ce am precizat bazele îmbinării dintre semiologie și psihopatologie în demersul clinic, vom trece în revistă câteva mari clase de tulburări psihice.

A. Semiologie, psihopatologie și demers clinic

Demersul clinic constituie metoda fundamentală în psihopatologie. Această metodă este în esență empirică, deoarece se definește prin *experiența unei întâlniri cu un subiect singular*. Cel mai adesea, această întâlnire provoacă o „consultație" prin intermediul vorbirii, dar se întâmplă și ca alte modalități de schimb să fie fecunde (*e.g.* desenul sau jocul cu copilul mic). Inspirată la origine de modelul medical, metoda clinică iese de sub tutela ei în psihopatologie, în măsura în care luarea în calcul a relației intersubiective clinician-pacient devine crucială.

Pentru elaborarea a ceea ce se petrece într-o întâlnire clinică, este util, în primă instanță, să se deosebească două niveluri de analiză, unul corespunzând descrierii semiologice, celălalt, comprehensiunii psihopatologice. Bineînțeles, într-o întâlnire concretă cu un pacient, nu există un prim timp pentru observarea semiologică, urmat de un al doilea pentru lectura psihopatologică. Mai mult, nu există niște date semiologice pure, căci culegerea lor depinde deja de un sistem de reprezentare care nu este neutru. În sfârșit, semiologia nu ar putea fi o finalitate în sine, iar demersul clinic nu-și capătă adevăratul sens decât o dată cu analiza psihopatologică. Totuși, euristic este să prezen-

tăm separat cele două niveluri de analiză: pe de o parte, lucrul acesta ajută la o mai bună înțelegere a pertinenței fiecăruia, chiar dacă intricarea lor este inevitabilă; pe de altă parte, faptul acesta se dovedește didactic pentru studentul aflat în formare[15].

I. Descrierea semiologică

Semiologia, studiu al semnelor care permit recunoașterea unei stări patologice, constituie primul nivel de analiză al demersului clinic.

- Punctul de plecare este reperarea *simptomelor*, adică a unor fenomene care îngăduie inducerea prezenței unei stări patologice. De exemplu, o lentoare a gândirii poate fi un simptom de depresie.
- Un simptom izolat nu are mare valoare. De pildă, o insomnie poate să oglindească la fel de bine o depresie sau o stare de euforie maniacală. Numai regruparea simptomelor este pertinentă. O regrupare semnificativă de simptome formează un *sindrom*.
- Același sindrom se poate observa în tablouri clinice distincte, care corespund unor *diagnostice* diferite. De exemplu, un sindrom delirant persistent poate fi observat într-o schizofrenie, într-o paranoia etc. Diagnosticul definește tulburarea ce-i este atribuită pacientului.
- Un diagnostic nu are sens decât în relație cu ansamblul celorlalte diagnostice, deci în raport cu o clasificare a tulburărilor sau *nosografie*.
- Atunci când se ajunge la un diagnostic, este important să se discute celelalte diagnostice care ar putea fi avute în vedere, înainte de a le elimina într-o mai bună cunoștință de cauză. Acest demers se numește *diagnostic diferențial*.
- Tulburările au o dimensiune *diacronică*, adică evoluează în timp. Într-adevăr, subiectul uman, înzestrat cu memorie, se înscrie într-o temporalitate. Tulburările au, prin urmare, o istorie sau *anamneză* care — și iată un lucru esențial — trebuie retrasată și care poate trimite la un trecut îndepărtat, ba chiar la dezvoltarea infantilă.

15 Mai jos, nu prezentăm decât câteva elemente ale demersului clinic legate de tematica generală a capitolului. Vom lăsa deoparte aspecte fundamentale de genul luării în calcul a elementelor transferențiale/contratransferențiale, abordate în alte capitole ale manualului de față.

Anamneza este strâns legată de istoria subiectului care se precizează de-a lungul întregii supravegheri clinice.
- Tulburările au o dimensiune *sincronică*, adică survin într-un *context* familial, social, cultural, care trebuie luat în calcul, fiind foarte important.
- Diagnosticul permite în principiu propunerea unei *terapeutici*, adică o metodă de tratament. Totuși, alegerea terapeutică nu decurge numai din descrierea semiologică: depinde de analiza psihopatologică și, în practică, se dovedește a fi strâns legată de opțiunile teoretice ale clinicianului.

II. Elemente de analiză psihopatologică

Analiza psihopatologică vizează înțelegerea proceselor mentale subiacente simptomelor[16]. Într-adevăr, acestea reflectă o funcționare psihică ce depinde de structura personalității și de istoria subiectului.

Să amintim axioma enunțată în introducere și despre care vom admite că poate călăuzi reflecția clinicianului: *orice fenomen patologic are o funcție în viața psihică a subiectului*[17], *adică o valoare de apărare în dinamica raportului său cu el însuși și cu lumea.*

În perioada contemporană, Freud este primul care a pus în evidență importanța noțiunii de apărare în legătură cu rezistențele întâlnite în curele pacienților: dacă o tulburare psihică are o valoare defensivă pentru subiect, progresia tratamentului, tinzând să înlăture aceste simptome, suscită rezistențe, cu un risc de revenire. Totuși, noțiunea de apărare este generalizabilă în afara cadrului psihanalizei, cel puțin la un anumit nivel de abstracție: celelalte mari modele în psihopatologie fac apel la noțiuni care oglindesc aceeași idee fundamentală potrivit căreia tensiunea unui sistem psihic (sau familial) poate fi limitată prin implicarea unor procese care determină forma simptomelor (*e.g.* noțiunea de *coping* în modelele cognitive sau noțiunea de *retroacțiune homeostazică* în modelele sistemice[18]). Lucrul acesta justifică

16 Nu prezentăm decât câteva indicații referitoare la această analiză (cf. nota precedentă).

17 Sau, eventual, în viața unui sistem de subiecți.

18 Bineînțeles, nu se pune problema ocultării profundelor contraste dintre diferitele modele: fiecare folosește această idee fundamentală într-un cadru conceptual propriu, asociat cu o metodă specifică, iar dezacordurile pot fi aprige în privința pertinenței fiecăreia. Să remarcăm mai ales unele concepții foarte diferite în ceea ce privește procesele inconștiente.

prezentarea pe care o vom da câtorva elemente ale analizei psihopatologice, chiar dacă trebuie să subliniem că ea nu are nici o pretenţie la neutralitate teoretică şi implică un anumit număr de alegeri care nu întrunesc unanimitatea[19].

Admiterea faptului că un simptom are o funcţie defensivă implică recunoaşterea unei anumite valori pozitive pe care acesta o are pentru subiect, ceea ce uneori poate să-i pară ciudat unui nonclinician: cum ar putea oare un fenomen cu alură chinuitoare sau păgubitoare să aibă o valoare pozitivă? Totuşi această funcţie recunoscută a simptomului este ceea ce va putea amorsa explicarea prezenţei sale. De pildă, dacă un subiect se crede persecutat de CIA, aceasta este, poate, o suferinţă pentru el (sau pentru vecinii săi, dacă încearcă să-i împuşte), dar această credinţă referitoare la o ameninţare exterioară îl apără probabil de ceva resimţit inconştient ca o ameninţare încă şi mai gravă, precum o prăbuşire internă. La fel, dacă un subiect încearcă să se sinucidă, este posibil ca gestul său să-l protejeze psihic împotriva unei tensiuni mai insuportabile decât aceea suscitată de ideea propriei morţi.

O comparaţie cu patologia organică poate ajuta la înţelegerea noţiunii de apărare: în caz de agresiune externă a unui agent infecţios (*e.g.* virusul rujeolei), dispunem de un „sistem imunitar" ale cărui reacţii domină tabloul clinic (febră, erupţie...), ba chiar ridică anumite probleme terapeutice specifice (boli imunitare).

Această idee poate fi transpusă în psihopatologie unde „agresiunea" nu este niciodată pur „externă", căci un eveniment exterior este întotdeauna mediatizat de memoria subiectului. Din cauza memoriei, psihismul unui subiect uman are o asemenea complexitate, încât unele *conflicte intrapsihice* survin şi suscită o tensiune care se exprimă prin *angoasă*. Ca reacţie la angoasă, subiectul prezintă nişte *apărări* a căror formă depinde de organismul său psihic. În anumite cazuri, aceste apărări sunt ele însele surse de conflict şi angoasă, de unde riscul unui cerc vicios şi iată şi ceea ce se petrece într-o tulburare psihică: simptomele sunt reflectarea unor apărări care închid subiectul într-o funcţionare rigidă.

Un lucru trebuie bine înţeles: un proces de apărare nu este în sine patologic. Dimpotrivă, dată fiind complexitatea psihismului şi interacţiunilor noastre cu mediul — începând cu relaţiile intersubiec-

[19] De pildă, noţiunea de *structură* pe care o vom introduce este departe de a fi admisă de toată lumea. Analiza psihopatologică depinde, de fapt, foarte mult de orientarea teoretică a clinicianului.

tive —, o anumită conflictualitate este inevitabilă, de unde și importanța proceselor de apărare: acestea limitează tensiunile și-i îngăduie subiectului să le suporte, în timp ce se poate opera elaborarea surselor tensionale. Fără apărare, orice tensiune ar fi prin definiție de nesuportat!

Prin urmare, orice subiect face apel la apărările sale, dar într-o tulburare psihică, acestea se caracterizează prin rigiditatea lor. Într-adevăr, un simptom îl apără pe subiect împotriva unei tensiuni prea puternice, dar această protecție poate să aibă și un efect negativ de „închidere a subiectului" într-o funcționare defensivă. De exemplu, în timpul unei depresii, subiectul prezintă adesea o lentoare psihomotorie care limitează riscurile de tensiune cu mediul, dar care-i blochează posibilitățile de evoluție. Într-un caz patologic, simptomele constituie un cerc vicios din care subiectul nu poate ieși fără un punct de sprijin exterior (pe care îl poate oferi intervenția terapeutică). Patologia poate să se definească tocmai prin rigiditatea apărărilor și, invers, suplețea funcționării psihice reflectă puterea capacității de adaptare, deci aptitudinea întru autonomie și libertate.

a. Noțiunea de structură

Dacă axioma apărării este acceptată, analiza psihopatologică trebuie să se străduiască să aprecieze *tipurile de conflict, de angoasă și de apărare* preponderente în funcționarea psihică strâns asociate între ele, dar și într-un *mod de relație cu obiectele de investire* (căci acestea determină sursele de tensiune). Aceste elemente diverse caracterizează *organizarea* profundă a psihismului, termenul de *structură* fiind utilizat pentru a desemna o organizare stabilă (Bergeret)[20]. Se pot distinge trei mari tipuri de organizare:

– În *structura psihotică*, problematica fundamentală este cea a unității de bază a subiectului (sau unitate a Sinelui). Totul se petrece ca și cum o amenințare de dispariție ar plana asupra psihismului, asociată unei *angoase de fragmentare*. Realitatea exterioară, adică în esență întâlnirea cu Altul, este sursă de conflicte intense, din pricina *modului de relație fuzională* al subiectului: aspirația la unirea

20 Felul în care prezentăm noțiunea de structură împrumută mult de la Bergeret (2004), chiar dacă este posibil să ne depărtăm în anumite privințe, notabile.

nediferențiată cu obiectul investit este corelatul amenințării de fragmentare. Obiectul investit nu este, așadar, simțit pe deplin ca fiind distinct de Sine (cu propria lume subiectivă, vector al unei dorințe autonome). Angoasa de fragmentare suscită apărări dintre care cea mai caracteristică este *negarea*, adică un proces prin care subiectul îndepărtează din psihismul său conștient un *întreg fragment al realității*, ca și cum nu l-ar percepe, mai precis *ca și cum acest fragment n-ar exista*. (Această realitate poate fi constituită de propriile impulsuri erotice sau agresive ale subiectului.)

– În *structura nevrotică*, problematica fundamentală este cea a culpabilității legată de niște *conflicte între dorințe și interdicții*. Întâlnirea cu Altul poate fi sursă de conflicte intense, din pricina impulsurilor erotice sau agresive care se lovesc de interdicții erotizate, dar *Semenul este constituit ca subiect* căruia îi este atribuită o lume vector a unei dorințe autonome: modul de relație cu obiectele de investire este *intersubiectiv* sau *erotizat*. *Angoasa de culpabilitate* suscită apărări dintre care cea mai caracteristică este *refularea*, adică un proces prin care subiectul îndepărtează din psihismul său conștient un *fragment psihic ce se lovește de o interdicție*: o fantasmă erotică sau agresivă este „respinsă" în inconștient. (Refularea este un proces de apărare mai elaborat decât negarea, căci presupune posibilitatea unui conflict *interiorizat* între dorințe și interdicții simbolic reprezentate, în timp ce negarea îndepărtează de la bun început un fragment de realitate.)

– În *organizarea limită*, problematica fundamentală este aceea a valorii subiectului, legată de aceea a obiectelor sale de investire. Din cauza unui conflict între Idealul Eului și realitate (în care figurează și impulsurile Eului), subiectul este amenințat de o prăbușire narcisică, cu o *angoasă de abandon* înfăptuită de obiectul investit pe care subiectul se teme să nu-l decepționeze. *Clivajul de valori* este procesul de apărare caracteristic organizării limită: două atitudini de valoare opusă (*e.g.* iubire/ură) coexistă din punct de vedere psihic, fiind totodată menținute în două compartimente separate în memorie. Imaginea de Sine este astfel clivată într-un Sine „bun" și un Sine „rău", așa cum obiectul investit este clivat într-un obiect „bun" și un obiect „rău". Subiectul basculează de la un compartiment la altul, ceea ce se exprimă clinic printr-o alternanță a extremelor, mai ales pe planul dispoziției. Orice îndepărtare a obiectului reactivează amenințarea narcisică, de unde o relație de dependență numită

anaclitică. Celălalt este bine diferențiat de Sine — ceea ce contrastează cu fuziunea psihotică —, dar, nefiind acolo decât pentru a umple o falie narcisică, nu este recunoscut în dorința lui autonomă și, prin urmare, nu este pe deplin constituit ca subiect.

Structurarea psihismului permite o anumită predictivitate a riscului de tulburare psihică și a formei pe care o asemenea tulburare o poate lua. Într-adevăr, în măsura în care structura reflectă elementele de bază ale funcționării psihice, ea determină modalitățile de reacție la evenimentele și situațiile vitale.

Un *eveniment traumatic* este un eveniment care depășește capacitățile de elaborare ale subiectului[21]. Caracterul traumatic al unui eveniment depinde, așadar, nu numai de natura sa intrinsecă, ci și de organizarea memoriei subiective și a structurii psihice. Astfel, același eveniment (*e.g.* un accident de mașină, o boală, o întâlnire erotică etc.) va determina o tulburare psihică la cutare subiect și nu va suscita decât o reacție anodină la un altul. Atunci când un eveniment interacționează cu structura subiectivă într-atât, încât ajunge să provoace o tulburare psihică, se vorbește despre *decompensare*.

Structura determină, așadar, un potențial de decompensare sau *vulnerabilitate*. Această noțiune de vulnerabilitate poate fi clarificată printr-o metaforă celebră a lui Freud care compara psihismul cu un bloc de cristal. Unele șocuri pot să depășească rezistența blocului până acolo încât acesta se sparge, iar felul în care se sparge este determinat de liniile de forță inaparente care caracterizează structura blocului. De exemplu, o structură psihotică induce un risc de tulburare psihică, atunci când subiectul este confruntat cu evenimente traumatice.

Să subliniem că structura psihică nu determină decât o vulnerabilitate: acesta nu se va dezvălui decât în funcție de gravitatea evenimentelor traumatice întâlnite. Normalitatea simptomatică, adică absența unei tulburări psihice patente, este compatibilă cu orice structură psihică. Unii subiecți care, din punctul de vedere al structurii funcționării lor, sunt psihotici pot, cu un mediu favorabil, să treacă prin viață fără decompensare. Dar cu cât structura unui subiect este asociată cu o angoasă profundă (precum angoasa de fragmentare), cu atât menținerea unei normalități aparente este mai costisitoare, defensiv vorbind, și cu atât riscul de decompensare este mai mare.

---

21 Noțiunea de eveniment nu implică aici o durată temporală scurtă: poate la fel de bine să fie vorba despre o situație vitală repetată sau durabilă (*e.g.* o situație de abuz în copilărie).

Noțiunea de structură poate fi criticată în măsura în care ar fi folosită într-un mod prea rigid, cu riscul închiderii subiectului într-o categorie fixă, negându-i astfel orice potențial de evoluție — potențial la a cărui deschidere ar trebui să contribuie abordarea terapeutică. Atunci, poate exista tentația înlocuirii termenului de „structură" cu termenul mai dinamic de „organizare"[22] după modelul a ceea ce propune Bergeret în legătură cu organizarea limită. Dar, oricum, asemenea categorii nu oferă decât puncte de reper conceptuale în vederea descrierii funcționării unui subiect și nu au o valoare absolută. Spațiul psihic asociat memoriei subiective a unui individ aparte este destul de bogat pentru a comporta o infinitate dinamică de „regiuni" asociate unor modalități de funcționare variate, în interacțiune cu un mediu evolutiv[23]. Cu această prudență vom folosi mai departe termenii de „structură" și de „organizare", mărginindu-ne să indicăm prin aceasta un mod dominant de funcționare.

b. Semiologie și structură

Distincția dintre descrierea semiologică și analiza psihopatologică devine extrem de importantă atunci când se abordează relațiile complexe dintre diagnostic și structură.

Într-adevăr, același tablou semiologic poate corespunde unor structuri diferite. O decompensare depinde, bineînțeles, de structura psihică, dar și de unele caracteristici intrinsece ale evenimentelor cu care se confruntă subiectul: pe de o parte, o tulburare cu alură gravă nu reflectă neapărat o organizare profund perturbată, dacă subiectul a fost implicat în trecutul său în evenimente intense din punct de vedere obiectiv; pe de altă parte, un subiect care prezintă o organizare profund perturbată poate să recurgă la apărări mai elaborate pe care această organizare nu pare să le permită, dacă evenimentele cu care are de-a face nu depășesc aceste prime apărări.

Prin urmare, este esențial să nu se deducă o structură (sau organizare) pornind de la un diagnostic (și *a fortiori* pornind de la un singur simptom), în ciuda unei terminologii uneori înșelătoare.

---

22 Pentru Bergeret, expresiile *structură psihotică* sau *structură nevrotică* sunt legitime din cauza posibilităților restrânse de evoluție oferite de organizările pe care acestea le desemnează, în opoziție cu posibilitățile permise de organizarea limită care ar fi mai instabilă.

23 Vezi Plagnol (2004) pentru o teorie a spațiului subiectiv.

Astfel, anumite entități semiologice care aparțin clasei „tulburărilor psihotice" nu corespund în mod necesar unei structuri psihotice. De exemplu, un bufeu delirant acut nu înseamnă neapărat că organizarea psihotică a subiectului este comandată în profunzimi de o amenințare persistentă asupra unității Sinelui: poate la fel de bine să fie vorba despre o scurtă decompensare legată de un ansamblu de circumstanțe particulare ce au depășit, temporar, capacitățile defensive ale subiectului.

De asemenea, anumite entități semiologice încadrate mai degrabă în clasa tulburărilor nevrotice, precum fobiile sau obsesiile, nu survin în mod necesar în cadrul unei structuri nevrotice și pot foarte bine să reprezinte apărări temporare, ba chiar persistente, care se ivesc pe un fond de structură psihotică sau de organizare limită numai parțial decompensată.

De fapt, funcționarea psihică a subiectului și organizarea subiacentă vor fi în esență înțelese prin intermediul relației clinice și a întâmplărilor din cadrul acesteia, în cursul unei supravegheri îndelungate, și nu pornind de la o categorizare semiologică.

c. Vulnerabilitate și istorie

Vulnerabilitatea a fost definită ca potențialul de decompensare în confruntarea cu evenimentele pe care subiectul le întâlnește, adică în confruntarea cu istoria sa actuală, dar de unde vine vulnerabilitatea? Funcție a memoriei subiective, vulnerabilitatea reflectă de fapt istoria traumatică înscrisă în această memorie.

Să amintim că un eveniment traumatic a fost definit ca un eveniment care depășește capacitățile de elaborare ale subiectului. Astfel, foarte schematic, cu cât un subiect a cunoscut mai multe traumatisme anterioare, cu atât este mai vulnerabil, cu atât riscă să cunoască noi traumatisme. Prin această „lege", oricare ar fi prudența cu care este formulată, transpare problematica *repetiției* care este una dintre componentele caracterului *tragic* al patologiei mentale[24].

Să precizăm puțin ce anume susține această lege. Potențialul traumatic al unui eveniment E este definit prin raportul dintre excitația asociată lui E și capacitățile de elaborare ale subiectului. În cazul în care capacitățile de elaborare sunt depășite, subiectul recurge la

24 Vezi Plagnol (2003).

apărări, eficiente pentru limitarea tensiunii actuale suscitate de E, dar crescând riscul de noi traumatisme, deoarece: 1 / elaborarea lui E fiind limitată, E rămâne, cel puţin parţial, o sursă de tensiune; 2 / aceste apărări se manifestă uneori prin simptome care sunt ele însele surse de tensiune; 3 / o „cale" se deschide, cu alte cuvinte, evenimente analoge lui E vor tinde să suscite apărări analoge.

De exemplu, un proces de negare, depărtând din psihicul conştient un fragment al realităţii traumatice, diminuează tensiunea psihică actuală, dar suscită tensiuni potenţiale importante cu realitatea, fie chiar şi în ceea ce priveşte importanţa conflictuală a simptomelor pe care le poate provoca (*e.g.* idei delirante), iar noi procese de negare pot fi cu atât mai mult facilitate, cu cât o cale s-a instaurat.

Să remarcăm că un traumatism nu corespunde neapărat unui eveniment „negativ" (ca o situaţie de violenţă fizică): poate să fie vorba şi despre o reacţie erotică debordantă. Mai mult, o supraprotecţie poate frâna dezvoltarea unor capacităţi defensive elaborate: acestea nu se formează decât *via* confruntarea cu lumea exterioară (*i.e.* prin relaţii şi hazardul lor). Din acest punct de vedere, trebuie să subliniem că orice eveniment traumatic poate să favorizeze şi emergenţa unor noi capacităţi de apărare: vremurile de criză sunt prilej de decompensare, dar şi de maturizare.

III. Nosografii

Clasificările tulburărilor mentale nu se bazează pe un principiu natural unic, cu specii bine definite şi mutual exclusive, cum se poate întâmpla în botanică. Tulburările observate şi felul în care sunt privite aceste tulburări se modifică în funcţie de cadrele de referinţă teoretică, ele însele legate de un mediu istoric şi cultural.

Prin urmare, există multiple clasificări ale tulburărilor psihice. Să ne mărginim aici la evocarea nosografiilor semiologice, adică bazate pe regruparea simptomelor observate empiric[25]. Se pot distinge:

[25] Clasificările semiologice sunt uneori opuse clasificărilor psihopatologice fundamentate pe funcţionarea psihică şi organizarea care le determină. De pildă, psihanaliza deosebeşte nevroze, psihoze şi perversiuni (sau organizări limită, după unii). Totuşi, preocuparea pentru categorizare nu trebuie niciodată să fie mai importantă decât înţelegerea subiectului singular în relaţia clinică: faptul acesta, deja valabil la nivel semiologic, are *a fortiori* valoare pentru comprehensiunea psihopatologică, de unde şi neîncrederea multor autori faţă de obsesia clasificatoare.

BCU CENTRALA CARTEA ROMÂNEASCĂ LIBRARY

– *Nosografia „clasică"* ce corespunde psihiatriei clinice ivite la începutul secolului al XX-lea, în care sunt diferențiate câteva clase de tulburări: psihoze, nevroze, tulburări aie dispoziției, tulburări de personalitate... Această nosografie este, de fapt, o ficțiune, căci numeroase sisteme mai detaliate au fost propuse de-a lungul istoriei clinicii. Totuși, în măsura în care aceste mari clase de tulburări au rămas ele însele destul de constante, este comod să se vorbească despre „nosografia clasică" în opoziție cu nosografiile mai recente care utilizează criterii de diagnostic.
– *Clasificarea nord-americană a* DSM (versiunea actuală este DSM-IV-TR). Această clasificare se vrea „ateoretică", unul dintre principiile sale fiind lipsa de prejudecată în privința etiologiei tulburării, în scopul mărginirii la o simplă descriere a pacientului, utilizabilă oricare ar fi orientarea teoretică a clinicianului. Totuși, acest ateorism este contestat, cu atât mai mult cu cât DSM respinge concepte clasice de genul *psihozei* sau al *nevrozei*. Pe de altă parte, această clasificare folosește criterii precise de diagnostic, în scopul ameliorării fidelității diagnosticului, ceea ce poate fi util pentru unele obiective de cercetare, dar induce o anumită rigiditate inadaptată la nesfârșita varietate a pacienților.
– *Clasificarea internațională a maladiilor* („ICD-10", căci este vorba la ora actuală despre a zecea versiune). Această clasificare, propusă de Organizația Mondială a Sănătății, este apropiată de DSM, dar nu utilizează criterii la fel de stricte, ceea ce o face mai ușor de folosit, cu atât mai mult cu cât este mai puțin dependentă de cultura nord-americană.

În secțiunile următoare, ne vom mărgini să abordăm elementele semiologice care permit reperarea câtorva mari tipuri de tulburări: psihoze, tulburări ale dispoziției, nevroze, tulburări ale personalității, sindroame posttraumatice[26]. Ne vom baza pe „nosografia clasică" datorită flexibilității sale, legată de propria-i eterogenitate istorică. O prezentare bine articulată după o linie directoare ar fi cerut anumite alegeri teoretice mai puternice decât acelea pe care ni le-am asumat

[26] Aceste tipuri de tulburări sunt alese datorită valorii lor de repere fundamentale pentru clinică, mai ales pentru înțelegerea altor clase de sindroame (perversiune, adicții...) a căror importanță a sporit în epoca noastră, dar pentru care aici nu putem decât să trimitem la bibliografie. De asemenea, nu putem aminti clinica copilului (abordată în alte capitole ale acestui manual). În sfârșit, nu ne vom ocupa de instrumentele de evaluare ale semiologiei (*e.g.* scale, chestionare...), căci acestea sunt utilizate mai ales pentru obiective de cercetare și este esențial ca o tulburare psihică să fie înțeleasă înainte de toate în întâlnirea intersubiectivă.

până aici. Și, dacă vrem să respectăm logica descoperirii, este preferabil să abordăm semiologia reluând un mod uzual de prezentare a marilor clase de tulburări psihice. Fiind de la sine înțeles că semiologia nu este o finalitate, întrebările psihopatologice vor putea astfel să se înlănțuie, fără să fie de la bun început marcate de un model teoretic univoc.

B. Tulburări psihotice

În nosografia clasică, tulburările psihice se definesc prin prezența a patru caracteristici strâns legate:
- o alterare globală a funcționării psihice;
- o pierdere a contactului cu realitatea exterioară;
- o nonconștiință a anumitor simptome (subiectul poate conștientiza că se află într-o stare patologică, dar nu-i discerne toate elementele);
- un caracter de stranietate pentru celălalt.

Sindroamele delirante prezintă în mod paradigmatic această caracteristică în asemenea măsură, încât tulburările delirante sunt adesea identificate cu tulburările psihotice[27]. Într-adevăr, o *idee delirantă* este, prin definiție, un simptom pe care subiectul nu-l conștientizează, căci este vorba despre o *credință în opoziție cu realitatea și față de care subiectul are o convingere absolută*. Să insistăm asupra acestui element de convingere: spre deosebire de o greșeală, subiectul nu poate să-și pună sub semnul întrebării credința delirantă (și orice discuție cu el nu are rost).

Forța convingerii delirante este legată de valoarea defensivă a delirului. Pe plan psihopatologic, o idee delirantă este produsul mecanismelor de *negare*, prin care subiectul îndepărtează de conștiința sa fragmente întregi ale realității. Astfel, el poate reconstrui o neorealitate, cea a delirului, mai conformă propriilor impulsuri inconștiente

[27] Această identificare este abuzivă în măsura în care se observă uneori tulburări psihotice fără delir aparent („psihoze albe"). De exemplu, un subiect schizofrenic nu prezintă întotdeauna delir manifest, chiar dacă o decompensare delirantă este întotdeauna posibilă.

BUCHAREST UNIVERSITY LIBRARY

profunde. Asemenea reconstrucții utilizează adesea *proiecția*, adică un mecanism de apărare prin care ceea ce este inacceptabil pentru psihism este atribuit celuilalt (*e.g.* un impuls agresiv este transformat în idee de persecuție).

Pentru implicarea mecanismelor de apărare destul de puternice ca să reconstruiască realitatea, trebuie ca subiectul să fie amenințat în temeliile ființei sale: tulburările psihotice țin de o *angoasă de fragmentare*, adică de o amenințare la adresa unității profunde a Sinelui. În anumite cazuri, fragmentarea psihică este deja parțial realizată; în altele, subiectul reușește să mențină o unitate minimală în jurul unei idei delirante fundamentale (*e.g. Există un complot împotriva mea*), dar cu prețul unei negări din ce în ce mai ample a realității exterioare. Modul de relație a subiectului psihotic este *fuzional*, adică orice diferență în raport cu obiectele de investire preferențiale tinde să fie ștearsă, căci o asemenea diferență este sursă de tensiuni mult prea mari: celălalt are tendința de a nu fi înțeles ca atare, cu lumea lui subiectivă distinctă de cea a Sinelui.

În fața unui subiect care prezintă o tulburare psihotică, câteva întrebări orientează evaluarea clinică și terapeutică:

- Modul de funcționare psihotică este tranzitoriu, legat de o situație vitală acută care a depășit apărările obișnuite, astfel încât subiectul a trebuit, temporar, să recurgă la niște apărări mai primitive, precum negarea și proiecția?
- Sau această funcționare este stabilă, adică subiectul prezintă o structură psihotică?
- În acest de-al doilea caz, fragmentarea psihismului profund este deja începută sau subiectul păstrează o unitate minimală cu prețul unei extinderi a delirului său?

Descrierea semiologică poate ajuta la găsirea unor răspunsuri la aceste întrebări. Într-adevăr, analizarea tulburării observate în funcție de câteva criterii clasice permite nu numai evocarea unui diagnostic, ci și amorsarea reflecției psihopatologice în privința funcționării psihice a subiectului. (Această funcționare va fi, desigur, înțeleasă și progresiv precizată în relația pacient–clinician.) Să detaliem puțin aceste criterii înainte de a descrie principalele tulburări psihice.

I. Clasificarea sindroamelor delirante

Patru criterii permit clasarea sindroamelor delirante: evoluție, organizare, mecanisme, teme[28].

a / Evoluția este *acută* sau *persistentă*:

— Un delir acut are o durată mai mică de câteva săptămâni, fiind reversibil dacă subiectul este tratat. Este vorba despre o experiență intensă care invadează viața psihică, dar care nu implică în mod necesar temeliile fundamentale ale psihismului. Există patru tipuri de delir acut: confuzie, melancolie, manie, bufeu delirant acut.

— Un delir persistent are o durată care depășește mai multe luni. Un astfel de delir poate să fie mai puțin spectaculos decât un delir acut, dar indică în general o structură psihotică: unitatea psihică a subiectului este amenințată în profunzime. Prognosticul este atunci orientat spre o psihoză persistentă (schizofrenie, paranoia...).

b / Organizarea este *sistematizată* sau *nonsistematizată*:

— Un delir sistematizat este marcat de o coerență internă puternică, fiind adesea centrat pe o temă precisă. Un asemenea delir marchează succesul unei intuiții delirante care reorganizează în juru-i întreaga realitate, fapt care menține unitatea psihismului cu riscul unei pătrunderi persistente în psihoză.

— Un delir nonsistematizat este un delir incoerent, fără idee directoare, ermetic pentru celălalt. În acest caz, ideile delirante sunt niște tentative infructuoase de luptă împotriva amenințării de fragmentare. Delirurile nonsistematizate se observă fie în stările delirante acute, atunci când o fragmentare temporară se produce sub presiunea unor circumstanțe vitale, fie în stările delirante persistente, atunci când unitatea subiectului este deja alterată în profunzime (disociere schizofrenică).

c / Cinci *mecanisme delirante* sunt descrise:

— O *intuiție* este o credință care se impune de la bun început subiectului, cu evidență (ca o revelație). În timpul formării unei lumi delirante, se regăsește întotdeauna o intuiție inițială.

---

[28] Aceste criterii au apărut prima oară în faimosul *Tratat de psihiatrie* al lui E. Kraepelin (opt ediții din 1883 până în 1915).

— O *interpretare* este atribuirea unei semnificații greșite unui fapt real (*e.g.* subiectul își zărește vecinii vorbind și crede că își bat joc de el). Interpretările îmbogățesc lumea delirantă pornind de la câteva intuiții inițiale.

— *Imaginarea* este construirea unei lumi delirante care pare total imaginară celuilalt (dar constituie realitatea pentru subiectul delirant). Spre deosebire de interpretare, imaginarea nu pornește de la fapte reale pentru a dezvolta o intuiție inițială.

— O *iluzie* este o percepție deformată pornind de la un obiect real.

— O *halucinație* este o percepție fără obiect, fiind în principiu produsă în întregime de psihismul subiectului, spre deosebire de iluzie (dar se observă intermediari între iluzii și halucinații).

Iluziile și halucinațiile pot viza diferitele modalități senzoriale (auditive, vizuale, tactile...). Clasic, se deosebesc *halucinațiile psihosenzoriale*, pentru care sursa senzației este localizată de către subiect în exteriorul psihismului său, și *halucinațiile psihice*, care sunt niște reprezentări mentale impuse (*e.g.* „voci în cap", „imagini forțate"). Totuși, se poate considera că halucinațiile psihice nu sunt niște adevărate halucinații în măsura în care ele nu implică senzorialitatea: este vorba mai degrabă despre autonomizarea unor zone parazite în memoria subiectivă, reflectând un debut de fragmentare psihică.

Halucinațiile psihice pot fi legate de *sindromul de automatism mental*, descris de Clérambault în 1908 și foarte adesea observat în geneza sindroamelor delirante. Sunt posibile trei grade de automatism mental:

- sentimentul de pierdere a controlului gândirii (*e.g.* golire automată, ecou al gândirii) legat de formarea unei zone parazite în memorie;
- sentimentul că psihismul este cunoscut de celălalt, ceea ce corespunde unei apărări prin proiecție împotriva parazitării, cu intuiție persecutivă: impresie de ghicire sau de furt al gândirii, de comentariu al actelor...;
- sentimentul că psihismul este impus de celălalt (halucinații psihice): gânduri, imagini, emoții, ba chiar acte impuse.

d / Temele delirante — *i.e.* conținuturile ideilor delirante — pot să fie foarte variate: persecuție, megalomanie, erotomanie, gelozie, ipohondrie... Tematica delirantă oglindește îndeaproape impulsurile

negate sau proiectate, dar și tentativele de reconstruire a unității psihice. De pildă, o temă erotomană exprimă un impuls erotic spre un obiect investit, dar inaccesibil: subiectul neagă acest impuls insuportabil din punct de vedere narcisic și îl proiectează asupra obiectului.

II. Bufeu delirant acut

Descris de Magnan în 1866, *bufeul delirant acut* (BDA) se definește prin survenirea brutală a unui sindrom delirant, cu evoluție scurtă, favorabilă pe termen scurt, dacă subiectul este îngrijit, și neținând nici de o cauzalitate organică, nici de o tulburare primă a dispoziției[29].

Din punct de vedere psihopatologic, un BDA este legat de o fragmentare funcțională acută a psihismului care survine la un subiect supus unor tensiuni extrem de intense, referitoare la structura sa psihică profundă (sau organizare).

Un BDA este, așadar, determinat de o interacțiune între unele evenimente vitale E și o vulnerabilitate V care reflectă structura subiectivă. Importanța fiecărui factor din acest „produs" E x V determină prognosticul pe termen lung: foarte schematic, cu cât subiectul a cunoscut mai multe evenimente intense în perioada de dinaintea ecloziunii BDA, cu atât e mai de înțeles că a putut să se „rupă" și cu atât mai puțin faptul acesta indică o vulnerabilitate structurală marcată[30]. Invers, un subiect care dezvoltă un BDA după niște circumstanțe cu alură minimă — *e.g.* colega de serviciu nu i-a vorbit atunci când l-a întâlnit — are, fără îndoială, o structură fragilă și, eventual, o structură psihotică, de unde și riscul de revenire, dacă nu chiar de decompensare persistentă.

Problema structurii psihice subiacente unui BDA determină prognosticul pe termen lung. Dimpotrivă, pe termen scurt, subiectul este în pericol, dar se vindecă dacă este spitalizat și îngrijit. Tratamentele sunt cu atât mai urgente, cu cât BDA durează mai mult, cu cât impregnarea delirantă în memoria subiectivă poate să agraveze vulnerabilitatea structurală.

---

29 DSM-IV vorbește despre *tulburare psihotică scurtă*, iar ICD-10, despre *tulburare psihotică acută*.

30 „Explozia unei bombe poate înnebuni orice ființă umană" (S. Ferenczi).

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

a. Elemente semiologice

Clasic, un BDA survine la un subiect tânăr (15–35 de ani), uneori foarte brutal („fulger din senin"), dar lucrul acesta nu constituie nici pe departe regula.

De cele mai multe ori, se regăsește un prodrom de câteva zile, cu insomnie, iritabilitate, anxietate, bizarerie, uneori euforie (din apărare maniacală).

Apoi, rapid, apare sindromul delirant „de la început înarmat până-n dinți" (Magnan), care invadează întreg câmpul conștiinței cu o puternică încărcătură afectivă și care dezorganizează grav comportamentul. De fapt, un automatism mental asociat unor idei de referință subdelirante precedă vreme de mai multe zile delirul propriu-zis.

Experiența delirantă provoacă o adeziune totală, cvasionirică. Delirul este nonsistematizat, iar tematica este polimorfă: persecuție, erotomanie, megalomanie... Variațiile tematicii delirante reflectă presiunea angoasei de fragmentare și tentativele defensive eratice. Cum proiecțiile persecutive sau erotomaniacale sunt ele însele angoasante, subiectul se află într-un cerc vicios și nu se poate restabili spontan.

Sub delirul polimorf, transpare depersonalizarea (alterare a sentimentului de identitate), asociată cu o derealizare și o trăire de stranietate. Această destructurare poate să meargă până la teme delirante de filiație, de transformare corporală, de dezîncarnare. Toate mecanismele delirante se pot asocia: anumite intuiții încearcă să controleze angoasa de fragmentare, diferite interpretări se succed în mod eratic în privința acestor intuiții și agravează angoasa, un automatism mental semnalează adesea activitatea intensă a unor zone de memorie parazite, iluzii și halucinații psihosenzoriale reflectă o experiență delirantă destul de puternică pentru a comanda percepțiile.

Funcționarea cognitivă este perturbată din cauza captării atenției de către delir, dar vigilența este în principiu normală. Dinamica emoțională este bulversată, în strânsă corelație cu delirul: pot fi observate toate afectele, de la panică la extaz, cu o mare variabilitate în timp. Fluctuațiile timice reflectă conținutul ideilor delirante (și, subiacente acestor idei, presiunea angoasei de fragmentare sau reacțiile de apărare). Angoasa este întotdeauna masivă, cu riscul de trecere la act auto- sau heteroagresiv. Comportamentul dezorganizat confirmă urgența tratării, cu atât mai mult cu cât consecințele somatice sunt rapide în cazul neglijării.

Formele clinice sunt nesfârșite: blocaj și tristețe de alură melancolică, excitație și euforie care evocă mania, dezorganizare comportamentală ce sugerează o confuzie. Celelalte deliruri acute constituie diagnostice diferențiale: în melancolie, blocajul și durerea morală sunt mai constante; în manie, excitația și euforia predomină cu mai multă claritate; în confuzie, se observă o alterare a vigilenței cu dezorientare spațială. De fapt, între aceste sindroame se pot observa toate fazele intermediare, căci aceste entități nosografice nu sunt niște puncte de reper conceptuale, iar asocierea lor este cu ușurință comprehensibilă, atunci când perspectiva este psihopatologică. Un pacient singular poate foarte bine să prezinte o experiență de tip bufeu delirant, cu elemente depresive legate de circumstanțe declanșatoare, o reacție maniacală prin excitație defensivă și o completare confuzională datorată unui consum de substanțe toxice (*e.g.* alcool, haș...).

b. Problema evoluției

Prin definiție, un bufeu delirant evoluează favorabil pe termen scurt (aproximativ o lună) și cu atât mai mult dacă subiectul este tratat fără întârziere. Spitalizarea și prescrierea unor neuroleptice permit controlarea rapidă a intensității delirului, ceea ce favorizează instaurarea unei relații terapeutice de calitate. O reacție depresivă este adesea observată pe parcurs, nedepreaciativă în ea însăși, căci poate să indice faptul că subiectul își conștientizează propriile dificultăți.

Un element esențial al prognosticului este posibilitatea subiectului de a-și „critica" experiența delirantă, mai precis capacitatea de elaborare a acestei experiențe (în opoziție cu negarea), o astfel de expresie concretă fiind investirea unei psihoterapii dincolo de perioada acută (în plus față de luarea medicamentelor recomandată pentru cel puțin șase luni). Pe termen lung, trei evoluții sunt, schematic, posibile:

- în 40% din cazuri, episodul este unic, iar subiectul nu va dezvolta o altă patologie psihică gravă;
- în 35% din cazuri, subiectul va prezenta mai târziu în viață alte episoade delirante acute, adesea sub forma unor episoade maniacale sau melancolice care se înscriu într-o tulburare bipolară (psihoză maniaco-depresivă);

BCU CLUJ / UNIVERSITY LIBRARY

– în 25% din cazuri, subiectul va dezvolta progresiv o schizofrenie, adică o psihoză persistentă nonsistematizată.

Se consideră că riscul de schizofrenie este cu atât mai mare cu cât:

– circumstanțele declanșatore ale BDA sunt minime, iar subiectul prezenta elemente patologice anterioare (*e.g.* personalitate schizoidă) sau antecedente familiale;
– delirul este foarte ermetic, cu o retragere afectivă importantă, care amintește de o retragere autistă defensivă împotriva angoasei de fragmentare;
– evoluția este lentă, depășind o lună, cu o critică puțin elaborată a episodului (dacă nu chiar absentă);
– reinserția socioprofesională sau școlară — reflectare a capacităților de adaptare și de schimb — este întârziată, ba chiar imposibilă.

III. Schizofrenii

În nosografia clasică, *schizofreniile* pot să fi definite ca *psihoze persistente nonsistematizate*. Definiții mai precise sunt uneori date în raport cu două sindroame „fundamentale" delimitate de Bleuler în faimoasa lui descriere inițială din 1911:

– *disocierea* (*Spaltung*), adică pierderea unității de bază a personalității;
– *autismul*, adică retragerea în lumea interioară (de unde pierderea contactului vital cu realitatea externă și ruptura comunicării cu celălalt).

După această descriere a lui Bleuler, specialiștii și-au tot pus o serie de întrebări referitoare la unitatea schizofreniilor, acest diagnostic fiind atribuit unor subiecți cu alură extrem de diferită, cu puternice variații evolutive și factori etiologici invocați foarte eterogeni.

De fapt, această dezbatere este în mare parte artificială. Bleuler însuși concepea schizofreniile ca un grup de tulburări variate al căror punct comun este dinamica provocată de disociere și autism, tentativele de reorganizare psihică manifestându-se prin simptome numite „accesorii", deși adesea se află în prim-planul preocupărilor clinice imediate (delir, halucinații, tulburări de comportament...).

BCU CENTRAL UNIVERSITAR LIBRARY

Ni se pare că această concepție și-a păstrat întreaga pertinență. Într-adevăr, din punctul de vedere al psihopatologiei elementare, schizofreniile apar ca niște fragmentări persistente ale psihismului, pe fond de structură psihotică, după ce apărările nu au reușit să protejeze împotriva amenințării de fragmentare. Fragmentarea este deja *parțial* realizată, de unde și disocierea. Retragerea autistă reflectă puternice apărări împotriva amenințării cu fragmentarea (sau amenințarea cu agravarea acesteia), ruptura relațională încercând să atenueze extremele tensiuni suscitate de eșecul aspirației fuzionale.

Dar disocierea și autismul induc un cerc vicios: 1 / deși permite reducerea tensiunii imediate, un psihism fragmentat este foarte vulnerabil la noi circumstanțe traumatice; 2 / autismul, suprimând schimbul cu celălalt și realitatea exterioară, provoacă o sărăcire internă, ceea ce favorizează și vulnerabilitatea la evenimentele vitale, cu riscul unor noi fragmentări. Delirul și celelalte simptome „accesorii" apar atunci ca fiind rezultanta forțelor de fragmentare și a tentativelor defensive. Astfel, există o unitate a schizofreniilor, în sensul în care întotdeauna este vorba despre un sindrom de fragmentare persistentă a psihismului, dar un asemenea sindrom nu este decât o cale evolutivă finală marcată de cercul disocierii și al autismului: o infinitate de forme clinice este posibilă, în timp ce o multitudine de factori etiologici pot să joace un rol în apariția sau agravarea acestor sindroame (favorizând tensiuni destul de puternice pentru a contribui la o asemenea fragmentare).

a. Semiologia clasică

Atunci când schizofrenia este constituită cu mai mulți ani de evoluție, disocierea și autismul se manifestă la toate nivelurile de funcționare ale subiectului:

- Gândirea este marcată de o *reducere a asociațiilor*, expresie directă a disocierii, de unde un discurs difluent (pierdere a ideii centrale), cu, uneori, *baraje* (suspendare scurtă și nemotivată a discursului) sau *fading* (lentoare intermitentă a vorbirii).
- Conținutul acestei gândiri este parțial impenetrabil din cauza unei retrageri autiste. Subiectul schizofrenic dă impresia că nu ia în calcul perspectiva subiectivă a interlocutorilor săi, cu anumite tulbu-

rări de limbaj evocatoare (*e.g.* referire la persoane necunoscute). Un *raționalism morbid* poate constitui semnul unei tentative de restaurare a unității.

– Delirul este, de asemenea, expresia tentativelor de menținere a unei unități psihice. Este vorba despre un *delir paranoid* (presiunea disociativă nepermițând constituirea unei lumi delirante coerente) și *ermetic* (din cauza retragerii autiste). Se pot observa teme variate, dar acestea manifestă întotdeauna o profundă *depersonalizare* (*e.g.* delir de filiație, de transformare corporală...) care reflectă pierderea unității Sinelui. Toate mecanismele delirante sunt prezente, cu o mare frecvență a *automatismului mental* (expresie a unor zone parazite active în memorie). Uneori, halucinații cinestezice (referitoare la sensibilitatea internă profundă) indică o alterare a straturilor fundamentale ale Sinelui.
– *Ambivalența* masivă este reflectarea afectivă a fragmentării care suscită impulsuri contradictorii și simultane. Relația este caracteristică, cu un melanj de dorință fuzională și de agresivitate care se exprimă adesea prin idei erotomaniacale *și* de persecuție din cauza negării defensive[31].
– Apărările autiste suscită o *aparentă estompare a afectelor*, de unde și o impresie frecventă de distanță și de răceală afectivă care poate merge până la o reală abraziune în schizofreniile evoluate. Totuși, aceste apărări se lovesc de realitate, ceea ce determină descărcări emoționale care demască brutal o angoasă extremă. Se poate observa o *disonanță* între afecte și gândire (*e.g.* zâmbete nemotivate).
– Bizareriile prezentării (manierism) sau *dezorganizarea conduitelor* pot fi legate de presiunea fragmentării, de preocupările delirante care încearcă să asigure o unitate psihică, de manifestările de retragere autistă (apragmatism, retragere socială, negativism, dacă nu chiar mutism sau clinofilie). Sunt posibile unele manifestări impulsive brutale, atunci când apărările autiste nu mai fac față, cu risc de trecere la act autoagresiv (automutilare, tentative de suicid) și, mai rar, heteroagresiv.

---

31 Totuși, este important să subliniem că, de cele mai multe ori, această relație este de o mare bogăție din pricina viei sensibilități a acestor subiecți, în ciuda apărărilor autiste. Și dacă tot vorbim despre „subiectul schizofrenic", funcționarea schizofrenică poate foarte bine să fie intermitentă și să nu se manifeste decât cu referire la anumite situații traumatice legate de istoria subiectivă.

b. Forme de debut

Există o infinitate de forme de debut, simptomatologia depinzând de presiunea disociativă și de stabilizările temporare permise de apărări sau de primele măsuri terapeutice. În mod pur didactic, se pot diferenția:

— Formele cu debut acut, care reflectă o destructurare rapidă: bufeu delirant sau tulburare a dispoziției atipică (manie marcată de stranietatea ideilor, depresie în care retragerea predomină asupra durerii morale...).

— Formele cu debut insidios, ce durează luni și ani de zile, adesea cu, simptome regăsite în alte patologii, expresie a apărărilor care controlează temporar angoasa de fragmentare (înainte ca eșecul lor în fața presiunii disociative să determine recursul la negare și la proiecție):

- forme pseudonevrotice cu simptome fobice sau obsesionale care focalizează angoasa și adesea atipice (absența criticii);
- acuze ipohondre, conversiuni, dismorfofobii (*e.g.* temere referitoare la integritatea corporală) care polarizează angoasa pe corp și fără deschidere relațională spre deosebire de o patologie nevrotică;
- conduite adictive (toxicomanii, anorexii bizare, comportamente cu risc...) care frapează prin stranietatea lor. În asemenea cazuri, dependența de obiectul adictiv colmatează temporar amenințarea cu fragmentarea dincolo de angoasa de abandon;
- reducere progresivă a activităților cu retragere socială, întrerupere a școlarității sau a vieții profesionale, investiri ezoterice, conduite stranii... Uneori, o trecere la act revelează brutal patologia (tentativă de suicid „impulsiv", exhibiție sexuală rece...).

c. Forme evolutive

Potrivit logicii disociative, o schizofrenie este mai degrabă marcată la început de simptome paranoide, atunci când intuițiile delirante au o anumită putere unificatoare într-un spațiu psihic încă puțin fragmentat, în timp ce retragerea autistă rămâne funcțională fără să altereze în profunzime structurarea memoriei subiective. Într-un stadiu foarte avansat, orice excitație devine traumatizantă, pe fondul unei

fragmentări multiple care face ca intuițiile delirante să fie ineficiente, iar autismul devine abraziv, cu sechele ireversibile.

Rapiditatea acestui proces depinde de intensitatea presiunii disociative a cărei oglindire directă este prezența unu automatism mental cu halucinații psihice. Momentele fecunde de activitate delirantă intensă pot să fie suscitate de o mobilizare în afara apărărilor autiste, dar comportă un risc de agravare brutală a fragmentării prin destructurare acută.

Odinioară, după un timp petrecut la spitalul psihiatric, schizofreniile evoluau de cele mai multe ori spre forme cu simptome „negative" catatonice (dezorganizare psihomotorie) sau hebefrenice (sărăcire emoțională cu aspect deficitar).

În zilele noastre, activitatea parazită și episoadele de destructurare sunt în general controlate cu medicamentele antipsihotice, iar îngrijirea psihoterapeutică și socială îi permite frecvent subiectului să se stabilizeze. Prin urmare, cele două forme preponderente actuale sunt:

- formele paranoide, marcate de simptomele „pozitive", adică activitatea delirantă și halucinațiile;
- formele reziduale, atunci când subiectul nu mai prezintă producție delirantă intensă, dar rămâne cu o puternică vulnerabilitate, cu o dependență de îngrijiri, uneori organizată la modul ritualizat pseudoobsesional.

Schematic, un subiect schizofrenic începe prin a prezenta faze paranoide în care momentele productive alternează cu perioade mai stabile sub tratament, revenirile survenind adesea după o întrerupere a medicației, aceasta fiind inițial greu de acceptat, fie și numai din cauza negării. Apoi, după câteva respitalizări, o supraveghere terapeutică mai bine tolerată poate să îngăduie trecerea la o „formă reziduală". Dimpotrivă, pare iluzorie voința „vindecării" unei fragmentări persistente care, prin definiție, a impregnat multă vreme memoria subiectivă și, adesea, renunțarea la această vindecare, oricât de dureroasă ar fi ea, facilitează un mai bun echilibru vital.

Totuși, se observă uneori evoluții uimitor de pozitive, chiar și după mulți ani de „schizofrenie". În acest caz, apare nevoia de a se afla dacă era vorba despre o schizofrenie autentică, cu fragmentare profundă a memoriei subiective, sau despre un sindrom pur funcțional în ciuda

persistenţei sale, căruia, sprijinit fiind de o întâlnire oarecare, subiectul a izbutit să-i pună capăt într-o bună zi.

Oricum ar fi, trebuie să subliniem importanţa unei îndelungate aşteptări după debutul tulburărilor, înainte de riscul stabilirii unui diagnostic de schizofrenie (cel puţin optsprezece luni[32]). La adultul tânăr şi, *a fortiori*, la adolescent, numeroase alte tulburări mult mai frecvente trebuie eliminate mai întâi, chiar şi în prezenţa unei simptomatologii evidente: depresie, personalitate limită, acces maniacal, abuz de substanţe toxice... De asemenea, chiar dacă există temerea unei evoluţii schizofrenice, tratamentele actuale permit, probabil de cele mai multe ori, evitarea ei, potenţialităţile psihice ale acestei perioade a vieţii îngăduind spectaculare restabiliri.

IV. Deliruri persistente sistematizate

O construcţie delirantă poate să reuşească să prezerve unitatea psihică de bază a unui subiect ameninţat de fragmentare. În acest caz, delirul este, prin definiţie, coerent şi în acord cu afectivitatea şi comportamentul. Potrivit logicii unor asemenea simptome, orice eveniment potenţial traumatic este asimilat în funcţie de o intuiţie fundamentală destul de puternică pentru a prezerva unitatea psihică, iar subiectul nu are nevoie să recurgă la apărări autiste (lumea interioară absorbind în mod dinamic toată realitatea).

Totuşi trebuie să se înţeleagă pe deplin faptul că funcţionarea subiacentă este de tip psihotic, asociind angoasă de fragmentare, negare şi mod de relaţie fuzională. Dacă tensiunea cu realitatea devine prea puternică pentru menţinerea unei construcţii delirante coerente, subiectul poate să cunoască un moment de destructurare acută. Formele combinate cu schizofreniile sunt, prin urmare, frecvente[33].

Vom evoca pe scurt principalele tablouri clinice descrise în nosografia clasică, diferenţiabile prin mecanismul lor caracteristic şi care constituie mai degrabă nişte puncte de reper conceptuale decât nişte

---

32 În DSM-IV, acest interval este redus la şase luni.

33 Astfel, se întâmplă adesea ca un subiect paranoic să prezinte faze disociative şi, invers, ca un subiect schizofrenic să prezinte un delir persecutiv destul de structurat. Uneori, este absurd să se decidă în mod categoric între schizofrenie şi paranoia, în ciuda aparentului lor contrast.

categorii absolute, fiind de la sine înțeles că o multitudine de forme mixte este posibilă.

a. Deliruri interpretative (tip paranoic)

Delirurile paranoice constituie cele mai sistematizate deliruri persistente, alcătuind o adevărată carapace care absoarbe orice sursă de tensiune. Orice conflict este negat, orice impuls inadmisibil din punct de vedere narcisic este proiectat în exterior. Acești subiecți nu prezintă în principiu nici un automatism mental sau halucinații, căci puterea intuiției delirante fundamentale permite unificarea oricărui element perturbant cu lumea delirantă înaintea constituirii unor zone parazite sau a invadării percepției.

Relația terapeutică este dificilă: neputând să tolereze nici slăbiciunea, nici conflictul, subiectul paranoic riscă să-l integreze pe terapeut în propriul său sistem ca element persecutor. Unele faze depresive pot să indice o mobilizare a carapacei, dar se dovedesc uneori narcisic insuportabile pentru subiect, de unde un risc de destructurare acută și/sau de trecere la act.

Debutul este marcat de o intuiție inițială (*e.g.* idee de persecuție) care acționează ca o revelație, uneori după o lungă perioadă de îndoială, apoi evenimentele potențial traumatice (*e.g.* întâlnirea cu un obiect investit) sunt interpretate în funcție de acest postulat de bază. În mod artificial, se pot distinge două subtipuri (între care toate intermediarele sunt posibile):

- Paranoia „în sector" sau „pasională", în care o „idee prevalentă" legată de intuiția inițială este investită în mod pasional, suscitând o exaltare care poate să devină periculoasă, în timp ce restul vieții sociale este prezervat. Se disting diferite simptome, în funcție de tema ideii prevalente: gelozie, erotomanie, ipohondrie, revendicare (idealiști pasionați, inventatori nerecunoscuți, procesomani înrăiți)...
- Delirurile „în rețea", în care nici un sector de viață nu este prezervat, tematica fiind în general persecutivă (complot). Toate situațiile, toate senzațiile, toate evenimentele sunt interpretate, fără posibilitatea hazardului („nebunie rațională").

b. Deliruri imaginative (tip parafrenic)

Delirurile parafrenice sunt cazuri de fragmentare psihică parţială între un sector delirant care conservă o unitate internă (spre deosebire de disocierea schizofrenică) şi un sector care rămâne adaptat la realitate.

Aici, mecanismul principal este imaginaţia: pornind de la anumite intuiţii iniţiale, subiectul reuşeşte să construiască o lume pe cât de luxuriantă, pe-atât de imaginară (dar care, pentru el, constituie realitatea), tematica fiind adesea fantastică (science-fiction, misticism, filiaţie extraordinară...).

Sectorul delirant asigură menţinerea unităţii psihice echilibrând tensiunile suscitate de realitate, iar subiectul poate deci foarte bine să nu ajungă în circuitele terapeutice. Totuşi, din cauza fragmentării deja începute, evoluţii spre o disociere schizofrenică sunt posibile, atunci când subiectul se loveşte de anumite circumstanţe prea traumatice pentru a fi „îndurate" de imaginaţie.

c. Psihoze halucinatorii cronice

Psihozele halucinatorii cronice survin la subiecţi izolaţi din punct de vedere social (*e.g.* vârstnicii fără contacte familiale). Suferinţa datorată acestei izolări determină recursul la procese defensive prin negare şi proiecţie, iar subiectul se consideră victimă a intruziunii celuilalt (*e.g.* un vecin) în spaţiul propriu, cu o tematică dominantă de persecuţie.

Această problematică de intruziune se manifestă prin halucinaţii psihosenzoriale (auditive, olfactive, cenestezice...) care-i dovedesc subiectului că celălalt exercită asupra lui o „acţiune de la distanţă", dar şi printr-un automatism mental revelator al prezenţei unor zone parazite active în memorie, fără ca structurarea profundă a memoriei subiective să fie în mod necesar perturbată.

De fapt, dacă tratamentul nu vine prea târziu, evoluţia este adesea favorabilă (spre deosebire de delirurile paranoice), deoarece: 1 / îngrijirea terapeutică destramă izolarea; 2 / antipsihoticele acţionează în mod eficient pentru a controla zonele parazite şi a reduce halucinaţiile (chiar dacă un sector delirant închistat poate să persiste într-un mod parafrenic). O asemenea „vindecare" indică atunci că psihoza

halucinatorie „cronică" nu revela decât procese funcționale, fără infiltrare gravă a memoriei subiective.

d. Problema reacțiilor paranoice

Deși persistă mai multe luni, nenumărate manifestări delirante reflectă o utilizare temporară a unor apărări psihotice, fără ca, numai din acest motiv, să țină de o infiltrare ireversibilă a memoriei subiective, pe fond de structură psihotică. În afara cazului deja avut în vedere al anumitor psihoze halucinatorii „cronice", putem menționa:

- anumite depresii asemănătoare melancoliei;
- reacțiile persecutive la izolarea socială, mai ales la unii subiecți transplantați cultural (probabil că unele dintre „delirurile senzitive" descrise de Kretschmer, marcate de o tematică a umilinței, țin de acestea);
- anumite psihoze declanșate de ingerarea mai mult sau mai puțin îndelungată a unor substanțe toxice (cocaină, crack, amfetamine, haşiş, alcool...).

O bună parte a „tulburărilor delirante" descrise de DSM-IV — care nu fixează decât o durată minimă de o lună în calitate de criteriu temporal de diagnostic — sau chiar de ICD-10 — care extinde acest criteriu la trei luni — ține de „simple" reacții paranoice.

Bineînțeles, nu orice subiect recurge la apărări psihotice, chiar și în prezența unor evenimente de viață intense. Ca întotdeauna, trebuie să se aprecieze importanța respectiv a circumstanțelor și a personalității în decompensare în scopul evaluări riscului de structură psihotică și de pătrundere într-o psihoză persistentă.

C. Tulburări afective

Timia sau *dispoziția* se definește ca tonalitatea afectivă de bază care reflectă acordul global al subiectului și al lumii, așa cum poate fi el

proiectat pe o axă care merge de la cea mai intensă durere la bucuria cea mai adâncă.

În acest acord global intervine o infinitate de elemente psihologice, dar şi biologice şi de mediu, strâns intricate unele în altele. Axa dispoziţiei aflându-se la intersecţia oricărei vieţi mentale, se întâmplă foarte frecvent ca o tulburare psihică să se manifeste printr-o tulburare afectivă, aceasta putând să ia forma unui sindrom depresiv, maniacal sau mixt.

Atunci când sindroamele survin izolat, ele definesc clasa tulburărilor afective. Totuşi, o perturbare a dispoziţiei poate fi asociată cu oricare tip de tulburare mentală sau organică.

I. Sindrom depresiv

Sindromul depresiv este uşor de recunoscut, atunci când asociază o *durere morală* şi o *lentoare psihomotorie*. Subiacentă acestei lentori, *inhibiţia* psihică evidenţiază valoarea defensivă a sindromului depresiv limitând potenţialul de evenimente traumatice. Viaţa „obişnuită" poate, de altfel, să comporte faze de „odihnă" psihică, cu filtrare a evenimentelor prin inhibiţie parţială, în vreme ce psihismul se reorganizează în profunzime. Dar, în timpul unei depresii, relativa protecţie asigurată de inhibiţie constituie o piedică fără ieşire: sindromul depresiv este comparabil cu un *puţ* — metaforă frecventă la pacienţi —, căci tentativele de „ieşire" reînsufleţesc angoasa şi se întorc, în mod dureros, împotriva subiectului care *recidivează* şi se limitează defensiv.

Pot fi distinse trei grupe de simptome:

— Durerea morală este expresia directă a dispoziţiei depresive. Este vorba despre o tristeţe durabilă, puţin sensibilă la reconfort şi care frapează prin asocierea cu o *pierdere a stimei de sine* (sentiment de incapacitate şi de eşec, ruşinea profilându-se sub culpabilitate)[34]. *Anhedonia* desemnează imposibilitatea plăcerii. *Pesimismul* închide ori-

[34] Această pierdere a stimei de sine este un element-cheie pe planul psihopatologic, pecetluind o vulnerabilitate narcisică dincolo de evenimentele care au putut să declanşeze depresia. Potrivit lui Freud (1917), numai o pierdere inconştientă de obiect, faţă de care Eul este ambivalent şi *cu care se identifică parţial*, poate să explice prăbuşirea subiectului până la intensa dorinţă de moarte.

zontul peste un trecut obsedant. *Gândurile negre* (*e.g.* gânduri de moarte) pot fi invadatoare, până acolo încât să impună o spitalizare.

— Lentoarea psihomotorie este uneori singura prezentă: față imobilă, voce monotonă, astenie, apragmatism, abulie (*e.g.* absența dorinței), retragere socială, bradipsihie (*i.e.* lentoare a gândirii) cu tulburări ale memoriei și sărăcire ideatică.

— De foarte multe ori sunt observate semne nonspecifice, în funcție de echilibrul dintre suferința psihică și apărări. *Angoasa* este întotdeauna prezentă, chiar dacă poate fi mascată de lentoare. Anorexia cu slăbire este clasică, dar se constată uneori o hiperfagie cu obezitate. Este frecventă și insomnia legată de durerea morală, dar, dimpotrivă, lentoarea poate să determine o hipersomnie. Diminuarea libidoului este constantă (dacă se lasă deoparte apărările maniacale).

II. Forme clinice ale depresiei

Au fost descrise multiple forme ale depresiei, ceea ce înseamnă că de sindromul depresiv se leagă tablouri clinice foarte variate. O asemenea apropiere este justificată:

- fie pentru că se regăsește o suferință psihică de același tip ca durerea morală;
- fie pentru că simptomele par să fie o apărare împotriva unei asemenea suferințe, indiferent dacă este vorba despre un mod aparte de inhibiție sau despre un alt tip de apărare.

Să enumerăm formele cele mai des întâlnite:

- forme somatice („depresie mascată"), binecunoscute medicilor generaliști: cefalee, dureri dorsale, tulburări digestive...;
- forme comportamentale, frecvente la adolescenți: escapade, atitudini ordalice, conduite antisociale...;
- forme cognitive, clasice la persoanele în vârstă — inhibiție intelectuală care poate să pară, pe nedrept, o demență —, dar răspunzătoare și pentru numeroase eșecuri școlare la cei mai tineri;
- forme adictive: multe conduite adictive (*e.g.* alcoolism, anorexie mentală, bulimie, toxicomanii...) reflectă o apărare împotriva unei amenințări depresive, într-atât încât, uneori, pe drept cuvânt se vorbește despre „echivalenți depresivi";

– forme nevrotice: numeroase simptome obsesionale, fobice sau isterice constituie o protecţie împotriva suferinţei depresive;
– forme psihotice sau *melancolii*: un sindrom delirant acut se află atunci în prim-planul tabloului.

Să detaliem ultimul caz din cauza importanţei sale psihopatologice şi terapeutice:

– Melancolia atipică este uşor de recunoscut din pricina extremei intensităţi a durerii morale şi a lentorii. Sindromul delirant este atunci congruent cu dispoziţia: gânduri de greşeli impardonabile, de catastrofă, de ruină, de pedeapsă...
– Ideile delirante sunt uneori mai înşelătoare: tematică persecutivă, mistică sau ipohondră...
– Sindromul Cotard comportă în principal un delir de negare a organelor, ba chiar a întregului corp sau chiar a totalităţii lumii exterioare, cu, uneori, idei de damnare dincolo de moarte.
– În anumite melancolii, angoasa suscită o agitaţie intensă în locul unei lentori.

III. Sindrom maniacal

Sindromul maniacal pare să fie contrariul sindromului depresiv din cauza stării de excitaţie a subiectului. De fapt, o stare maniacală este în general o apărare împotriva unei ameninţări depresive, aşa cum o sugerează mai multe elemente clinice prezente adesea: circumstanţe conflictuale (*e.g.* „manie de doliu"), amorsă depresivă, versatilitate a dispoziţiei, viraj depresiv postmaniacal. Excitaţia îi permite subiectului să evite provizoriu depresia.

O stare maniacală tipică debutează printr-un scurt prodrom (insomnie, iritabilitate...), apoi apare tabloul complet:

– *Euforia* este însoţită de elemente evocatoare: optimism debordant, sentiment de omnipotenţă şi de absenţă a limitelor, exaltare, supraestimare de sine, megalomanie. Totuşi, subiectul poate să prezinte bruşte faze agresive sau depresive („versatilitate") demascând ceea ce îl ameninţă.

– *Excitația psihomotorie* este evitentă: prezentare extravagantă, râsete, hiperactivitate „sterilă", proiecte multiple cu risc de cheltuieli nebunești, dezinhibare (familiaritate intruzivă, propuneri erotice „deplasate"...), distractibilitate, tahipsihie (accelerare a cursului gândirii), fugă de idei, logoree, asociații superficiale (jocuri de cuvinte), insomnie fără oboseală.

În negarea oricărei probleme, subiectul maniacal nu recunoaște nici o tulburare. După episod, subiectul poate chiar să simtă nostalgia unei stări în care totul era posibil, cu atât mai mult cu cât personalitatea este adesea marcată de îndoiala narcisică. Este frecvent un viraj postdepresiv maniacal.

Sindromul maniacal capătă o alură delirantă atunci când subiectul crede pe de-a-ntregul în temele megalomane. În forme mai atipice, subiectul prezintă teme mistice sau erotomaniacale, ba chiar de persecuție, iar toate intermediarele sunt posibile, cu bufeuri delirante acute.

Practica clinică arată frecvența unor forme minore (*hipomanie*): subiectul este excitat, dar își păstrează adaptarea la lume. (Totuși, evoluția poate să se facă spre o stare maniacală clară sau o stare depresivă.)

IV. Sindrom mixt

Un sindrom mixt este definit prin coexistența sau alternanța rapidă a unor componente maniacale și a unor componente depresive (*e.g.* excitație psihică asociată cu gânduri negre). Deși mania și depresia par să fie două contrarii, sindroamele mixte se observă adesea, ceea ce este de înțeles, dacă admitem că o reacție maniacală reprezintă o apărare împotriva unei amenințări depresive.

V. Depresii primare

Atunci când un sindrom depresiv nu depinde de o tulburare psihică sau organică mai profundă, depresia poate fi considerată ca „primară". Se pot distinge două tipuri de depresie primară: depresiile psihogene și depresiile endogene.

— *Depresiile psihogene*, cele mai frecvente, sunt numite şi „nevrotico-reactive", căci rezultă dintr-o combinaţie variabilă de factori declanşatori şi de factori legaţi de o personalitate vulnerabilă. Atunci când gravitatea evenimentelor traumatice este evidentă, se vorbeşte despre depresie „reactivă". (Un asemenea eveniment traumatic poate fi, în aparenţă, „fericit" — *e.g.* depresie după o promovare profesională sau o naştere...). Atunci când influenţa anumitor factori de personalitate pare importantă, se utilizează uneori expresia înşelătoare de „depresie nevrotică".

— *Depresiile endogene* sunt opuse precedentelor, deoarece aici nu se regăseşte nici evenimentul declanşator notabil, nici personalitatea problematică. De fapt, ceea ce justifică izolarea depresiilor endogene este mai ales *forma melancolică* caracteristică, frecvenţa antecedentelor personale şi familiale depresive sau maniacale, eficacitatea antidepresivelor. În nosografia clasică, depresiile endogene ţin, într-adevăr, de *psihoza maniaco-depresivă*, tulburare de lungă durată caracterizată prin survenirea unor episoade când maniacale, când melancolice, cu o vindecare în principiu completă între episoade, periodicitatea acestora fiind foarte variabilă. Gravitatea consecinţelor episoadelor maniacale sau melancolice justifică prevenirea prin medicamente timoreglatoare, adesea greu de acceptat iniţial pentru subiect.

Psihoza maniaco-depresivă este tulburarea psihică pentru care factorii genetici au fost evocaţi cu mai multă constanţă, cel puţin în anumite forme familiale. În realitate, dacă nu se poate exclude faptul că asemenea factori intervin în câteva cazuri, violenţa episoadelor depresive sau a reacţiilor maniacale poate, de asemenea, să fie reflectarea unor mecanisme de apărare puternice, de cele mai multe ori de tip clivaj împotriva angoasei de abandon, dar mergând uneori până la procese psihotice de negare împotriva unei angoase de fragmentare. Numeroase cazuri de psihoză maniaco-depresivă sunt astfel legate de o organizare limită, ba chiar de o structură psihotică, deşi personalitatea de bază pare „obişnuită"[35]. Şi frecvenţa antecedentelor familiale nu trebuie neapărat interpretată într-un sens ereditar, dată fiind importanţa psihică transgenerațională a acestor antecedente pe care nici un studiu genetic nu a putut niciodată să le ia în seamă.

[35] Sau cu atât mai mult cu cât pare aşa, mai precis cu cât subiectul menţine o aparenţă de „normalitate" cu preţul unor eforturi defensive costisitoare care se prăbuşesc brutal în timpul unor circumstanţe cu alură minimă (sau se radicalizează printr-o desprindere maniacală).

La un mod și mai general, psihozele maniaco-depresive apar ca niște cazuri particulare de oscilații maniaco-depresive cu frecvență redusă, dar extrem de intense, și se poate observa o infinitate de variații bipolare mai mici. De altfel, nosografiile recente, ca DSM-IV sau ICD-10, nu mai reține noțiunea de psihoză maniaco-depresivă, preferând să diferențieze mai multe tipuri de *tulburări bipolare* în funcție de severitatea antecedentelor maniacale, pe lângă *ciclotimia* caracterizată prin alternanța unor episoade hipomaniacale și a unor faze subdepresive.

Să semnalăm și că un alt diagnostic este uneori pus pe termen lung, acela de *distimie*, atunci când depresia persistă luni, ba chiar ani întregi.

VI. Depresii secundare

O depresie este *secundară* atunci când sindromul depresiv survine pe fondul unei alte tulburări psihice (*depresie asociată*) sau a unei tulburări organice (*depresie somatogenă*).

Orice patologie mentală poate fi asociată cu faze depresive, din diferite motive, adesea intricate: insuficiență a simptomelor în ceea ce privește protecția față de o amenințare depresivă, trăire dureroasă a tulburărilor, ameliorare simptomatică ce-l privează pe subiect de apărările sale...

Să menționăm câteva situații binecunoscute de decompensări depresive legate de aceste diferite motive:

- presiune a circumstanțelor care determină agravarea unei nevroze obsesionale sau fobice;
- evenimente care depășesc apărările obișnuite prin clivaj la anumite personalități limită sau psihopate constant amenințate de depresie, din cauza unei angoase de abandon;
- perioade care precedă debutul unui delir în tulburările psihotice (inhibiția depresivă protejează temporar împotriva angoasei de fragmentare);
- faze de conștientizare a tulburărilor și/sau de sedare a delirului în tulburările psihotice;
- perioade de postsevraj în tulburările adictive (alcoolism, toxicomanii, bulimii...);
- faze de „aterizare" în realitate după o stare maniacală.

De asemenea, o patologie organică poate să fie asociată cu un sindrom depresiv din mai multe motive: mecanisme biologice ale anumitor patologii somatice (cancere, sida, hipotiroidie...), reacții psihologice la boală, efecte secundare ale anumitor tratamente (*e.g.* corticoizi).

Să subliniem că această categorizare a sindroamelor depresive nu vizează decât să ofere câteva puncte de reper. O depresie poate foarte bine să fie și cauză, și consecință ale unei alte tulburări psihice (*e.g.* alcoolism) sau să comporte elemente psihogene (primare și/sau secundare) și elemente somatogene. Mai mult, toate intermediarele există între patologiile afective și alte tipuri de tulburări (*e.g. tulburare schizo-afectivă*). Clinicianul se va strădui mai ales să analizeze diferitele componente implicate într-un sindrom depresiv, în funcție de valoarea psihodinamică pe care o are pentru subiect.

VII. Stări maniacale și stări mixte

Un episod maniacal sau un episod mixt clar este în general legat:

- fie de o psihoză maniaco-depresivă (tulburare bipolară de tip I în DSM-IV). Experiența clinică arată, într-adevăr, că un subiect care prezintă un asemenea episod — care poate să oglindească puternice procese de negare — are mari șanse să prezinte mai târziu episoade analoage sau episoade melancolice.
- fie de factori somatici: consum de substanțe toxice (haşiș, cocaină, amfetamine...), efecte medicamentoase (antidepresive, corticoizi...), perturbări induse de anumite maladii (hipercorticoidie, tumori frontale...). În cazurile de consum de substanțe toxice, este frecvent un teren de organizare limită.

În fața unui asemenea episod maniacal sau mixt, trebuie, așadar, să se evalueze cu grijă importanța factorilor somatici, căci propunerea de timoreglatoare este indicată, dacă rolul acestor factori pare minor (probabilitatea unui teren maniaco-depresiv fiind atunci mare).

Hipomania poate, dimpotrivă, să fie asociată cu orice tip de teren, într-un mod comparabil depresiei împotriva căreia aceasta constituie de cele mai multe ori o apărare.

D. Tulburări nevrotice

În nosografia clasică, definiția generală a tulburărilor nevrotice se realizează în mod vag și negativ, prin opoziție cu tulburările psihotice:

- în tulburările nevrotice, adaptarea la realitate este relativ păstrată, ca și sentimentul de identitate (în particular, subiectul nu prezintă idei delirante);
- subiectul nevrotic are conștiința simptomelor sale: recunoaște ceea ce este patologic la el și se plânge de respectivele simptome.

Deși aceste două criterii sugerează o gravitate de cele mai multe ori mai mică decât în psihoze, tulburările nevrotice pot să determine o suferință extremă și profunde perturbări ale vieții sociale. Pe de altă parte, dacă subiectul se plânge de simptomele sale, lucrul acesta nu vrea să însemne că le înțelege originea, respectivele simptome fiind un compromis inconștient între angoasă și procesele de apărare.

Pentru enunțarea definiției generale, este tentant să se recurgă la criterii psihopatologice. Într-adevăr, cel mai adesea simptomele nevrotice sunt produsul unei angoase de vinovăție legată de unele conflicte dintre dorințe și interdicții: o tendință erotică sau o fantasmă agresivă este îndepărtată din psihismul conștient și revine, în mod deturnat, sub forma unor simptome.

Totuși, simptomele nevrotice nu survin în mod necesar pe un teren de structură nevrotică, caracterizată prin angoasa de vinovăție. De exemplu, poate fi vorba despre niște apărări împotriva unei angoase de fragmentare care evită o prăbușire psihotică, măcar pentru moment. Sau manifestările nevrotice pot să reflecte un mod de apărare temporar în cursul unei depresii care survine pe un teren de organizare limită. Dincolo de simptome, este, așadar, important să se studieze organizarea psihică subiacentă. Pe de altă parte, în nosografia clasică, se vorbește mai ales despre „nevroză" atunci când simptomele nevrotice sunt asociate unei personalități patologice, dar cele mai multe dintre simptomele nevrotice survin de fapt în afara unui asemenea teren. Prin urmare, ni se pare preferabil să descriem tulburările nevrotice în termeni de sindroame, acestea neținând prin ele însele nici de un tip de organizare psihică, nici de un tip de personalitate.

I. Sindroame anxio-fobice

Să amintim că angoasa (sau anxietatea[36]) poate fi definită ca un sentiment de amenințare nefondată în mod obiectiv (prin opoziție cu frica). De fapt, angoasa este emoția psihică prin excelență, mai precis ceea ce pune în mișcare psihicul, reflectare a ambiguității sale constitutive legate de complexitatea memoriei subiective. Prin urmare, angoasa are o valoare de mobilizare adesea creatoare și nu devine patologică decât dacă apărările pe care le suscită îl închid pe subiect în repetiție.

Angoasa este prezentă în toate tulburările psihice, fie direct exprimată în simptome, fie în plan secund, atunci când este mascată de apărări. Totuși, se întâmplă ca angoasa să domine ansamblul tabloului clinic, așa cum se întâmplă în sindroamele anxio-fobice.

Nosografiile izolează câteva simptome bine caracterizate pe care le vom evoca. Totuși, trebuie să indicăm de la bun început că realitatea clinică este mai complexă, sindroamele intermediare sau asociațiile fiind mult mai frecvente decât survenirea izolată a unuia dintre aceste sindroame caracterizate.

a. Criză de angoasă sau tulburare de panică

O *criză de angoasă* (sau *atac de panică*) survine, prin definiție, brutal, cu dezvoltarea, în câteva minute, a unui sentiment de disconfort sau de amenințare intensă care se sustrage liniștirii: teamă de o catastrofă, de nebunie, de moarte, de pierdere a controlului de sine...

Semne somatice bine cunoscute sunt prezente de cele mai multe ori: paloare, senzație de sufocare, palpitații, vertijuri, cefalee, transpirații, uscăciune a gurii, grețuri, vomismente... Subiectul păstrează o conștiință critică a caracterului neîntemeiat al temerii sale, dar lucrul acesta nu-l liniștește, ci dimpotrivă se angoasează pentru că este angoasat, iar cercul acesta vicios poate să inducă un sentiment de depersonalizare, ba chiar unele tulburări de comportament sau accidente organice.

Paroxismul este atins rapid, iar criza nu durează mai mult de câteva ore, lăsând o amintire penibilă cu teama de un nou episod, cu, uneori, dezvoltarea unei agorafobii secundare.

---

[36] Unii autori rezervă termenul de „angoasă" pentru fenomenele acompaniate de manifestări fizice.

În *tulburarea de panică*, crizele de angoasă survin în mod repetitiv, în mod imprevizibil, fără un factor declanşator clar.

b. Anxietate generalizată

În *anxietatea generalizată*, subiecţii păstrează un fond de anxietate permanent vreme de mai multe luni sau ani, dacă nu chiar de-a lungul întregii vieţi. Această angoasă este „flotantă" sau „liberă", nefiind legată de o grijă anume, dar poate să se polarizeze în mod tranzitoriu pe o situaţie mai determinată, ca teama că o nenorocire se va abate asupra unei rude.

Subiectul este conştient de absenţa de primejdie obiectivă, dar nu poate să se împiedice să fie cuprins de un sentiment de insecuritate. Această stare este însoţită de dificultăţi de concentrare, iritabilitate, hipervigilenţă, insomnie. Pe lângă o tensiune musculară constantă, subiectul poate să prezinte variate somatizări. Decompensările depresive sau conduitele adictive secundare sunt frecvente.

Clasica *nevroză de angoasă* asociază crize de angoasă şi anxietate generalizată. De fapt, între cele două sindroame există toate intermediarele/asocierile.

c. Fobii

O *fobie* se defineşte ca teama de a fi în prezenţa unei situaţii exterioare determinate, fără un caracter periculos obiectiv: angoasa este aici „legată" de un stimul exterior precis.

Subiectul fobic are conştiinţa caracterului excesiv al temerii sale, dar nu o poate depăşi. O criză de angoasă se declanşează în cazul unei confruntări cu situaţia temută, ceea ce subiectul anticipează, de unde adoptarea unor conduite de *evitare*, care se extind progresiv şi care pot să devină foarte invalidante. Recursul la *obiecte contrafobice* îi permite adesea subiectului să înfrunte situaţia.

Sunt diferenţiate, artificial, trei tipuri de fobie:

– noţiunea de *agorafobie* era odinioară rezervată temerii de spaţiile publice descoperite (stradă, piaţă...), dar se extinde, o dată cu DSM-IV sau ICD-10, la teama de orice situaţie dificilă sau fără ieşire de urgenţă

la care să se poată ajunge cu uşurinţă (mai ales în cazul în care ar surveni o criză de angoasă): mulţimi, cozi de aşteptare, stadioane, transporturi în comun...

– *fobiile sociale* sunt legate de temerea de a nu fi expus observaţiei celuilalt. Subiectului îi e frică să nu se comporte în mod umilitor sau jenant în public. Evitarea poate să ducă la consecinţe sociale importante, cu atât mai mult cu cât fobia este adesea legată de activitatea profesională (cadre didactice, artişti...).

– *fobiile „simple"* cuprind toate fobiile care nu ţin nici de agorafobie, nici de fobiile sociale. Lista lor este nesfârşită: acrofobie (teamă de înălţimi), fobie de sânge, stomatofobie (teamă de dentist), fobie de injecţii, fobie de animale (şoareci, şerpi, păianjeni...), fobie de furtună, fobie de avion, fobie de examene...

În nosografia clasică, se vorbeşte despre *nevroză fobică* atunci când simptomele fobice domină tabloul şi sunt durabile, cu consecinţe importante. În acest caz, se regăseşte destul de des o *personalitate fobică* sau *evitantă*, marcată de inhibiţia socială, în ciuda dorinţei de relaţii. Totuşi, simptomele fobice survin de foarte multe ori în alte contexte decât nevroza fobică. Să dăm câteva exemple:

– depresii: fobia este atunci legată de inhibiţia globală a subiectului;
– schizofrenii: fobia — care focalizează angoasa de fragmentare — este atunci „atipică" (caracter straniu, retragere mai mult decât evidentă, absenţa de adevărată critică...);
– alte tulburări nevrotice: isterie, nevroză obsesională...;
– psihopatologie „cotidiană": fobia ţine de moştenirea filogenetică, de un moment-cheie al dezvoltării psihice, de urma unui eveniment traumatic vechi, de presiune a vieţii cotidiene...

Marea frecvenţă a fobiilor şi varietatea în contextele de survenire reflectă eficacitatea psihică a procesului de apărare prin *deplasare* (care susţine simptomul): investirea unui obiect este transferat spre un obiect substitutiv legat prin asociere, dar mai puţin conflictual (chiar dacă suscită o criză de angoasă). În ciuda aparentei sale absurdităţi, simptomul fobic are întotdeauna o semnificaţie în spaţiul subiectiv, reperabilă prin intermediul beneficiilor secundare obţinute prin evitarea sau recursul la obiecte contrafobice.

II. Sindroame obsesional-compulsive

Un element psihic conflictual, îndepărtat mai întâi din conștiință printr-un proces de apărare, poate să rămână activ și să „revină" prin intermediul unor substitute ca să pătrundă în mod intruziv în conștiință. *Obsesiile* constituie asemenea intruziuni pornind de la elemente refulate (*e.g.* impuls erotic sau agresiv). O obsesie fiind prin ea însăși conflictuală, subiectul poate încerca să o *anuleze* imediat printr-un act sau un gând *compulsiv*. Dar conflictul nefiind elaborat din cauza acestei anulări defensive, noi intruziuni obsesionale pot atunci să se producă, suscitând noi compulsii etc., de unde un cerc vicios care definește un sindrom obsesiv-compulsiv. Aceste sindroame arată astfel, în mod exemplar, cum un conflict psihic poate să inducă apărări care sfârșesc prin a-l închide pe subiect într-o repetiție patologică.

Obsesiile sunt în principiu legate de conflicte între fantasme și interdicții. Totuși, funcționarea unui subiect care prezintă un sindrom obsesiv-compulsiv nu ține în mod necesar de o structură nevrotică marcată de angoasa de vinovăție. De fapt, asemenea sindroame survin în contexte foarte variate.

a. Obsesii și compulsii

Obsesiile se definesc semiologic ca niște reprezentări intruzive care „asediază" conștiința, penibile și absurde pentru subiect, cu atât mai mult cu cât recunoaște că sunt produsul propriului psihism (de unde o diferență clară față de automatismul mental). Au fost diferențiate trei tipuri de obsesii:

- *obsesiile ideative* sunt gânduri sau imagini care se impun minții (interminabile îndoieli, idei sacrilegii, imagini obscene...);
- *obsesiile impulsive* sunt mai precis asociate cu temerea pierderii controlului de sine prin comiterea unui act obscen sau agresiv (*e.g.* exhibarea în pielea goală, agresarea propriului copil, defenestrarea...). Actul nu este niciodată realizat dacă este vorba despre o obsesie autentică.

– *obsesiile „fobice"* sunt legate de reprezentările anumitor obiecte ameninţătoare: cuţite, pahare, microbi... Spre deosebire de fobii, aceste obiecte nu sunt prezente în situaţii exterioare concrete: numai gândul la aceste obiecte suscită angoasa.

Compulsiile se definesc ca nişte comportamente sau acte mentale pe care subiectul se simte constrâns să le efectueze ca răspuns la o obsesie, pentru a o neutraliza. Compulsiile iau, tipic, forma sarcinilor de control pe care subiectul trebuie să le realizeze după o procedură rigidă şi din ce în ce mai complexă, fiecare tentativă de control trebuind la rândul ei să fie controlată (*e.g.* verificare fără de sfârşit a gazelor). Un *ritual* este o procedură compulsivă stereotipă, executată în mod cvasimagic (*e.g.* ritual de spălare în legătură cu o obsesie microbiană).

Subiectul este conştient de caracterul absurd al compulsiilor: încearcă să le reziste („luptă anxioasă"), dar, până la urmă, le cedează de fiecare dată. Tonalitatea magică a elementelor obsesional-compulsive este adesea cu atât mai frapantă, cu cât contrastează cu o pregnantă grijă de raţionalitate. Un sindrom obsesiv-compulsiv poate fi într-atât de invadant, încât să aibă consecinţe sociale majore, devenind o adevărată tortură mentală pentru subiect şi anturajul său (cu decompensări depresive, ba chiar şi tentative de suicid).

b. Nevroze obsesionale

În nosografia clasică, se vorbeşte despre *nevroză obsesională* atunci când sindromul obsesiv-compulsiv este persistent, în centrul tabloului clinic, cu o serie de importante consecinţe asupra vieţii subiectului.

Se regăseşte atunci, destul de des, o *personalitate obsesională* (sau *compulsivă*), cu o dublă polaritate:

– nevoia „anancastică" de control: gust pentru ordine şi curăţenie, conformism, formalism, meticulozitate, simţ al economiei apropiat de avariţie, încăpăţânare, sărăcie a afectelor şi senzualităţii, incapacitate de destindere...;
– o tendinţă „psihastenică" spre îndoială: indecizie, scrupule excesive, introspecţie şi intelectualizare, refugiu în abstracţie, predominanţă a gândirii asupra acţiunii, procrastinare...

Acești doi poli intră în tensiune — cu cât se străduiește subiectul să exercite un control mai riguros, cu atât mai multe prilejuri de îndoială are și reciproc —, dar sau unul sau altul poate fi mai marcat din punct de vedere clinic. Indiferent care dintre ele predomină, tendința anancastică sau cea psihastenică, este vorba despre terenuri propice la decompensări prin sindrom obsesiv-compulsiv.

c. Alte contexte obsesional-compulsive

Sindroamele obsesiv-compulsive survin de cele mai multe ori în afara unei nevroze obsesionale. Să dăm câteva exemple de contexte asociate frecvent unui asemenea sindrom:

- tulburare obsesional-compulsivă tranzitorie legată de un moment al dezvoltării psihice (*e.g.* preadolescență) sau de presiunea unor evenimente vitale;
- depresii;
- schizofrenii: sindromul obsesiv-compulsiv este în aceste cazuri considerat ca fiind „atipic" (obsesii ezoterice, ritualuri stranii, absență a unei adevărate lupte anxioase sau a unei critici autentice...);
- alte tulburări nevrotice (sindroame anxio-fobice...).

Marea frecvență a sindroamelor obsesiv-compulsive și varietatea contextelor lor de apariție reflectă puterea procesului de apărare prin *anulare* a originii directe a acestor sindroame: o reprezentare conflictuală pentru conștiință (obsesia) este „anulată" printr-un act mental sau un comportament opus din punct de vedere simbolic (compulsia), ceea ce împiedică elaborarea conflictuală și-i favorizează întoarcerea.

III. Sindroame isterice

Un element psihic conflictual îndepărtat din conștiință prin refulare sau clivaj, dar rămas activ sau reînsuflețit printr-un eveniment, se poate „întoarce" ca să se manifeste sub forma unei *conversii* somatice sau psihice: tensiunea suscitată de acest element conflictual se re-

zolvă aici printr-o proiecție într-o parte a corpului sau printr-o basculare într-o parte psihică ignorată a conștiinței obișnuite. Asemenea manifestări pun în general în joc unele mecanisme complexe de *identificare* inconștientă prin care subiectul se modelează pe cutare sau cutare aspect idealizat sau devalorizat al celuilalt.

Anumite personalități „isterice" recurg în mod preferențial la acest tip de apărare. Totuși, și în acest caz, asemenea sindroame survin în contexte foarte variate. O conversie este destul de des provenită dintr-un conflict dintre fantasme și interdicții, dar o funcționare isterică poate să fie expresia atât a angoasei de culpabilitate a unei structuri nevrotice, cât și a angoasei de abandon a unei organizări limită, ba chiar poate să constituie o protecție tranzitorie împotriva angoasei psihotice de fragmentare.

a. Conversii somatice

O *conversie* (*somatică*)[37] este un simptom de alură organică, fără leziune reală subiacentă, legată de un conflict psihic și neprodus în mod intenționat. Orice organ poate să fie implicat într-o conversie, manifestările cele mai frecvente având o incidență relațională imediată:

- tulburări motorii: criză epileptoidă, paralizie, spasm, afonie, tremurătură, leșin, pseudocomă;
- tulburări senzitive și senzoriale: anestezie, durere, perturbări vizuale sau auditive...
- tulburări neurovegetative: vertij, disconfort, cefalee, palpitații, simptome digestive...;
- tulburări sexuale variate.

Anumite elemente clinice sunt evocatoare: absența unei sistematizări anatomofiziologice, alură de imitație a unui bolnav cunoscut de către subiect, evoluție capricioasă cu sensibilitate la sugestie sau la emoții, atitudine de seducție pe fondul erotizării relației, beneficii secundare (obținerea atenției), caracter spectacular care contrastează cu

37 Termenul de „conversie" fără calificativ este, în general, echivalentul pentru „conversie somatică". Conversia psihică este numită și „tulburare disociativă" (mai ales în DSM sau ICD), cu riscul unei confuzii cu schizofrenicul *Spaltung*.

„la belle indifference" dacă simptomul este „reușit", semnificație simbolică legată de istoria subiectivă.

Totuși, trebuie să subliniem că un caracter enigmatic este inerent conversiei somatice, sagacitatea corpului medical fiind pusă la încercare în scopul seducerii sale, de unde frecventa nesiguranță diagnostică și variația simptomelor în funcție de mediul cultural.

Numeroase tulburări psihice exprimndu-se prin corp, anumite diagnostice diferențiale ale conversiei merită să fie evocate: patologie organică reală (uneori intricată cu o conversie), patologie psihosomatică (prezență a unei leziuni neintenționate legate de un conflict psihic), tulburare factice sau patomimie (producere intenționată a unei leziuni în legătură cu un conflict psihic), ipohondrie (boală imaginară[38]), depresie, tulburare anxioasă...

b. Conversii psihice

Anumite sindroame legate de isterie în nosografia clasică se manifestă printr-o alterare tranzitorie a funcțiilor integrative ale memoriei, identității sau conștiinței. Au fost descrise diferite tulburări caracteristice[39]:

- amnezie psihogenă: este vorba despre o pierdere tranzitorie și parțială a memoriei, din care un compartiment este ca și „șters" (dar accesibil prin hipnoză sau prin terapie), legat în general de o amintire traumatică;
- *fugă psihogenă*: subiectul își părăsește brusc domiciliul, adoptând o nouă identitate, trecutul fiind uitat parțial sau total. Într-un asemenea caz, conștiința realizează un *switch* spre un compartiment psihic în contrast cu compartimentul de viață „obișnuită";
- *personalitate multiplă*: în această tulburare, rară în Europa, mai multe personalități, fiecare cu propria identitate, adesea în opoziție caricaturală, ocupă pe rând conștiința;
- *depersonalizare*: subiectul încearcă aici un sentiment angoasant de clivaj al conștiinței, de detașare, de robotizare a celuilalt, de artificialitate a lumii exterioare...;

38 În principiu, ipohondrul se plânge în mod verbal de simptomul său, în timp ce istericul îl arată. Totuși se pot observa toate intermediarele între ipohondrie și isterie.

39 Aceste tulburări constituie clasa *tulburărilor disociative* în DSM (care nu mai reține noțiunea de isterie și nici chiar pe aceea de nevroză).

– *stare de transă*: este vorba despre o alterare tranzitorie a conştiinţei, analogă unei stări hipnotice, cu o diminuare a reacţiilor la stimulii senzoriali.

De fapt, între aceste sindroame există multe asocieri/intermediare, iar toate gradele de alterare a funcţiilor integrative pot să existe, de la simpla reverie fantasmatică invadantă până la personalitatea multiplă severă sau pseudocomă. În toate cazurile: 1 / subiectul pare să funcţioneze cu compartimente psihice etanşe; 2 / alterarea funcţiilor integrative este reversibilă (spre deosebire de schizofrenicul *Spaltung*).

c. Nevroze isterice

În nosografia clasică, se vorbeşte despre *nevroză isterică* atunci când sindroamele conversive sunt multiple şi persistente, în centrul tabloului clinic, cu importante consecinţe asupra vieţii subiectului.

În acest caz, se regăseşte destul de des o *personalitate isterică*, cu o dublă polaritate:

– *histrionismul*: căutarea atenţiei, teatralism cu hiperexpresivitate a afectelor, sugestibilitate, imaturitate, seducţie neadecvată şi erotizare a relaţiei, modelare după stereotipuri sexuale în contrast cu teama de sexualitatea reală, mitomanie (tendinţă spre invazia imaginarului cu construire de romane stereotipe „negre" sau „roz");
– *dependenţa afectivă*: căutare afectivă, pasivitate, supunere în faţa privirii celuilalt, devalorizare de sine, intoleranţă la singurătate, cerere constantă de liniştire.

Aceşti doi poli complementari favorizează survenirea unor sindroame conversive: 1 / pasivitatea şi histrionismul facilitează adoptarea rolului de bolnav (de unde conversiile somatice); 2 / mitomania şi insuficienţa imaginii de sine facilitează realizarea unui *switch* spre unele compartimente psihice idealizate (de unde conversiile psihice).

d. Alte contexte de sindroame conversive

Sindroamele conversive survin de cele mai multe ori în afara unei nevroze isterice. Să dăm câteva exemple de contexte frecvent asociate unui asemenea sindrom:

- conversie somatică tranzitorie legată de presiunea unor evenimente vitale (situație foarte banală și bine cunoscută medicilor generaliști);
- depresie;
- altă tulburare nevrotică, precum un sindrom anxiofobic;
- sindrom psihotraumatic;
- tulburare a personalității psihopate sau limită: conversia somatică sau psihică ține aici mult mai des de o angoasă de abandon decât de o angoasă de culpabilitate;
- schizofrenii: o conversie somatică (adesea intricată cu preocupări ipohondre) sau o stare „disociativă" pot să constituie o linie de apărare tranzitorie împotriva angoasei de fragmentare și a disocierii-*Spaltung*.

E. Tulburări ale personalității

Prin *tulburare a personalității* se înțelege o grupare a unor moduri de comportament, de gândire, de afectivitate și de relație care induc dificultăți pe termen lung, cu o suferință subiectivă și/sau o alterare a adaptării sociale. Prin opoziție cu sindroamele acute, aceste tulburări afectează în mod persistent viața subiectului.

Nosografiile clasice sau contemporane descriu o duzină de tulburări ale personalității care sunt mai mult niște puncte de reper decât niște categorii absolute: se pot observa toate intermediarele, așa cum se întâmplă frecvent ca o tulburare a personalității să nu intre în nici una dintre aceste categorii și să fie declarată „nespecifică".

Am întâlnit deja personalitățile obsesionale, isterice sau evitante, asociate adesea cu terenuri de decompensare nevrotică. De asemenea, există anumite personalități care oferă uneori terenuri de decompen-

sare psihotică: *personalitate paranoidă* (rigiditate a judecăţii, neîncredere, hipertrofie megalomană a Eului), *personalitate schizoidă* (izolare prin indiferenţă la relaţiile sociale) şi *personalitate schizotipială* (bizarerie a gândirii şi/sau a comportamentului).

Totuşi, este necesar să se facă diferenţierea între o tulburare a personalităţii şi modurile de decompensări potenţiale — de exemplu, personalitatea paranoidă şi delirul paranoic sunt departe de a fi mereu în continuitate — şi, *a fortiori*, să se deosebească personalitatea observată pe plan semiologic de organizarea psihică subiacentă. Lucrul acesta este valabil şi pentru o tulburare frecventă în practica clinică, *personalitatea limită*, care nu trebuie confundată cu noţiunea de organizare limită, chiar dacă, de cele mai multe ori, o personalitate limită reflectă o organizare limită. Vom evoca în cele ce urmează semiologia personalităţii limită, dar şi pe aceea a altor două personalităţi destul de apropiate în ceea ce le priveşte funcţionarea: *personalităţile psihopate* şi *personalităţile narcisice*.

I. Personalitate limită

Personalitatea limită se defineşte printr-un mod general de instabilitate a comportamentului, a imaginii de sine, a afectivităţii şi relaţiilor.

Biografia este adesea haotică, cu schimbări bruşte de profesie sau de partener erotic, cu succese frumoase şi scurte ce alternează cu dezastruoase eşecuri. Impulsivitatea se poate manifesta sub forma unor accese de furie intense şi neadecvate, ba chiar a unor acte hetero- sau autoagresive, mai ales atunci când subiectul se simte ameninţat cu abandonul (real sau imaginar).

De fapt, o îndoială în privinţa valorii propriei persoane susţine funcţionarea, iar subiectul când îşi idealizează imaginea, când se devalorizează masiv. Ameninţarea depresivă ar fi consistentă la aceşti subiecţi (Bergeret), în timp ce suferinţa psihică nu este suportată. Lucrul acesta se manifestă prin intense oscilaţii de dispoziţie, cu momente depresive marcate mai degrabă de ruşine şi de furie decât de culpabilitate, sau cu o funcţionare hipomaniacală defensivă. Relaţiile dramatizate revelează o dependenţă faţă de celălalt, cu intoleranţă la singurătate, iar relaţia cu obiectele investite este marcată şi aici de o alternanţă de extreme: trecere brutală de la iubire la ură şi viceversa

(ambivalența neputând să fie recunoscută). Utilizarea celuilalt, tratat ca un obiect sau slujind ca proteză narcisică, se poate apropia de perversiune.

Angoasa este întotdeauna prezentă în planul secund, activată de despărțiri, mascată adesea sub o tematică existențială sau mortiferă. Această angoasă îi este necesară subiectului, care încearcă rapid un sentiment de vid și de plictiseală, de unde și nevoia de a funcționa întotdeauna la limită, în urgență, iar decompensările pot să survină chiar în momentul în care subiectul părea să se orienteze spre un mod de viață mai stabil. O asemenea funcționare se exprimă mai ales prin „provocări" care testează legătura cu celălalt (*e.g.* în relația terapeutică).

Atunci când angoasa depășește apărările, un subiect stare-limită poate să prezinte variate simptome: tulburări nevrotice (fobii, obsesii, conversii...), conduite adictive, tulburări de comportament și treceri la act, stări de depersonalizare, ba chiar scurte stări delirante acute. Variabilitatea și multiplicitatea simptomelor permit atunci să se evoce diagnosticul, dar și sensibilitatea la cadru, deoarece sprijinul oferit de tratament poate să calmeze rapid simptomele cele mai zgomotoase. Dependența narcisică de celălalt în relație va veni să confirme un asemenea diagnostic.

II. Personalitate narcisică

Personalitatea narcisică este o variantă a personalității limită în care subiectul menține în prim-plan și într-un mod mai stabil o imagine idealizată de sine. Faptul acesta se exprimă semiologic prin sentimentul individului că este unic, o supravalorizare de sine și o lipsă de empatie, cu o nevoie disperată de recunoaștere. Dependența de judecata celorlalți trădează slăbiciunea narcisică ce amenință în profunzime și care poate să suscite scurte prăbușiri.

III. Personalitate psihopată

Personalitatea *psihopată* sau *„antisocială"*, destul de frecvent întâlnită, se apropie și ea de personalitatea limită, dar devalorizarea de sine este aici și mai mult în prim-plan.

Într-un asemenea caz, impulsivitatea este extrem de marcată, iar subiectul se lovește constant de regulile sociale pe care nu pare să le fi interiorizat. Biografia este plină de rupturi, instabilitatea și conflictele cu instituțiile apar adesea încă dintr-o copilărie marcată de carențe afective. Trecerile la act puțin mentalizate frapează prin absența de culpabilitate aparentă și repetiția lor fără „învățare" a lecțiilor legii. Reproducerea eșecurilor, fuga de orice responsabilitate, transgresarea drepturilor altora, manipulările mitomane (care, la o primă vedere, pot fi seducătoare), egocentrismul uneori apropiat de perversiune fac ca abordarea terapeutică să fie delicată. Dar, sub masca tulburărilor de comportament, profunzimea și suferința psihică sunt revelate de aviditatea afectivă, intoleranța la singurătate și rușinea care-l poate cuprinde cu totul pe subiect.

Se observă aceleași tipuri de decompensare ca pentru personalitățile limită, cu o mare frecvență a tulburărilor de dispoziție, a conduitelor adictive și a somatizărilor.

Ca și personalitățile limită și narcisice, personalitatea psihopată este de cele mai multe ori susținută de o organizare limită, dar anumite structuri nevrotice sau psihotice pot uneori să se exprime prin manifestări psihopate.

F. Sindroame psihotraumatice

Sindroamele psihotraumatice sunt tulburări în care un eveniment identificabil în mod clar are prin definiție un rol declanșator: fără acest eveniment, tulburarea nu ar fi apărut, chiar dacă se pune problema vulnerabilității prealabile. Izolarea unei asemenea clase de tulburări este utilă din cauza acestui factor etiologic reperabil și în măsura în care există anumite manifestări clinice specifice. Pe de altă parte,

BCU "ASTRA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

aceste tulburări pot să survină în cadrul oricărui tip de organizare psihică, expresia simptomatică depinzând în mod complex de structura subiacentă și de rezonanța evenimentului cu istoria subiectivă. Aceste sindroame sunt foarte variate, dar vom diferenția patru situații clinice cu titlul de puncte de reper.

I. Sindrom traumatic acut

Un asemenea sindrom — „stare de stres acută" în DSM-IV și „reacție acută la un factor de stres" în ICD-10 — survine în urma unui eveniment neobișnuit care îl confruntă în mod direct pe subiect cu moartea sau cu un echivalent simbolic. Se declanșează imediat sau în minutele de după evenimentul care a suscitat un sentiment de frică, de neputință sau de oroare. Pot fi observate toate tipurile de manifestări anxioase, dar cele mai caracteristice sunt niște reacții de tip disociativ (conversie psihică): siderare, depersonalizare, pseudoconfuzie, fugă, activitate automată, amnezie peri-traumatică... Se observă și stări de panică, simptome depresive sau maniacale (hiperactivitate, agitație), tulburări de comportament și uneori stări delirante acute. În principiu, această reacție durează numai câteva zile, altfel este vorba despre dezvoltarea unui sindrom traumatic persistent.

II. Sindrom traumatic persistent

Sindromul traumatic persistent — „nevroză traumatică" în nosografia clasică, „stare de stres posttraumatic" în DSM sau ICD — este remarcabil prin nucleul său clinic stereotip.

Un asemenea sindrom se declanșează în urma unei situații neobișnuite care, și în cazul acesta, îl confruntă în mod direct pe subiect cu moartea sau intolerabilul (viol, tortură...). În timpul șocului inițial, subiectul încearcă sentimente de detresă, oroare, neputință și este posibil un sindrom traumatic acut inițial. După o perioadă mai scurtă sau mai lungă — între câteva zile și mai mulți ani —, sindromul persistent se constituie, caracterizat de repetiție. Elementele clinice esențiale sunt:

- Retrăirea repetitivă a evenimentului traumatic: imagini intruzive care reproduc într-un mod aproape identic situația, vise, flash-back-uri, ba chiar percepții halucinatorii. Toate acestea sunt însoțite de o reviviscență a sentimentelor de detresă sau de oroare. Și gândirea este polarizată pe eveniment, chiar dacă amnezia unui aspect important al acestuia nu este rară.
- Evitarea stimulilor asociați cu evenimentul traumatic. Confruntarea neprevăzută cu acești stimuli reînsuflețește angoasa și simptomele de repetiție.
- Simptome anxioase cu activare neurovegetativă (hipervigilență, insomnie, iritabilitate, somatizări...).
- O slăbire generală: astenie, restricționare a activităților și a afectelor, tulburări de concentrare și de memorie, detașare față de celălalt sau dependență regresivă, sentiment de absență a viitorului. Culpabilitatea (sindrom al supraviețuitorului) este uneori pregnantă.

Acest sindrom poate să invadeze într-atât viața subiectului, încât să aibă consecințe asupra personalității, cu alterare relațională, retragere, sentiment de neînțelegere, ba chiar ostilitate, ipohondrie sau revendicare sinistrozică. Sunt posibile decompensări depresive sau adictive (alcoolism, toxicomanie...).

III. Reacție traumatică

Sindroamele traumatice descrise în I sau II nu sunt întotdeauna la fel de intense ori prezente în totalitatea lor, deși se întâmplă frecvent ca un eveniment să declanșeze o reacție traumatică, elementul evocator fiind invadarea de către amintirea evenimentului, cu, uneori, o retrăire intruzivă. Anumite situații specifice au dus la izolarea unor sindroame particulare (*e.g. doliul patologic*). DSM și ICD diferențiază și *tulburările de adaptare*, atunci când semnele sunt puțin intense sau necaracteristice, limitate cel mai adesea la câteva luni, dacă situația declanșatoare dispare.

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

IV. Componentă traumatică

Numeroase tulburări psihice avute în vedere în secțiunile B, C, D pot să fi fost declanșate direct de unele situații traumatice. De fapt, o decompensare survine întotdeauna în contextul unui eveniment care a depășit apărările subiectului. Componenta traumatică poate să fie în prim-plan, fiind binecunoscută, de pildă, în anumite fobii sau conversii. Acesta este, prin definiție, cazul în *depresia reactivă* sau în *psihoza reactivă scurtă*.

G. Concluzii

Clasele de tulburări pe care le-am abordat cu titlu de paradigme ilustrează interdependența dintre semiologie și psihopatologie. Așa cum am insistat, nu există o semiologie pură, căci privirea clinicianului nu este niciodată neutră: esențialul relației clinice se joacă în inter-subiectivitate, iar obiectivarea unui „pacient" ar echivala cu o negare a psihopatologiei înseși. Dar, invers, această subiectivitate nu ar putea să justifice arbitrariul, iar reflecția clinicianului asupra propriei practici duce din nou la analiza observabilului ca sursă a metodei clinice, de unde fecunditatea semiologiei pentru inițierea în această metodă. Oricine se lasă călăuzit de ceea ce se întâmplă în întâlnirea inter-subiectivă ajunge astfel la o înțelegere ce trebuie mereu reînnoită a intuițiilor fondatoare ale psihopatologiei.

LECTURI RECOMANDATE

Bergeret, J. et al. (2004), Abrégé de psychologie pathologique, Paris, Masson.
Ionescu, S., Jacquet, M.-M. & Lhote, C. (2008), *Mecanismele de apărare*, Ed. Polirom.
Pédinielli, J.-L. & Fernandez, L. (2005), *L'Observation clinique et l'étude de cas*, Paris, Nathan.

BCU IAȘI

Pewzner, E. (2003), *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*, Paris, Armand Colin.
Hanus, M. & Louis, O. (2003), *Psychiatrie de l'étudiant*, Paris, Maloine

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

5. Psihopatologia ca proces: vulnerabilitate și reziliență

de Șerban Ionescu și Colette Jourdan-Ionescu

Concepția noastră despre geneza, evoluția și tratarea tulburărilor mentale a evoluat mult în cursul celei de-a doua jumătăți a secolului al XX-lea. Numeroase descoperiri au arătat că psihopatologia — ca și psihoterapia, de altfel — reprezintă un ansamblu de fenomene, evenimente, un ansamblu activ și organizat în timp, care nu exclude discontinuitățile, regresiile, lipsa de armonie. Astfel concepută, psihopatologia ar constitui un proces care implică persoana biopsihosocială și mediul său cu multiple componente, dar și interacțiunile și anumite reacții care provoacă schimbări permanente.

Din numeroasele aspecte care ar putea să fie tratate sub titlul „Psihopatologia ca proces", am ales să prezentăm, în cele zece secțiuni ale acestui capitol, un ansamblu de informații care să îngăduie o mai bună reprezentare a continuumului care merge de la vulnerabilitate până la reziliență. Această alegere are ca scop să sensibilizeze cititorul la o viziune care respinge fatalitatea apariției psihopatologiei, care arată că probabilitatea unei psihopatologii legate de prezența unor factori de risc și a vulnerabilității persoanei poate să nu se concretizeze. Individul, singur sau ajutat de un specialist, poate să rămână sănătos. Această perspectivă presupune implicarea unor noi strategii de prevenire și de intervenție.

BCU IAȘI UNIVERSITY LIBRARY

A. Conceptul de risc

Chestiunea riscului constituie o preocupare foarte veche pentru membrii societăților omenești. În lucrarea sa despre Mesopotamia, Oppenheim (1977) indică faptul că, în 3200 înaintea erei noastre, membrii grupului numit Asipu jucau rolul unor adevărați „consultanți" în timpul luării unor hotărâri dificile care puteau să aibă consecințe grave. Abordarea membrilor Asipu consta în analizarea situației, conceperea mai multor soluții alternative, culegerea datelor referitoare la posibilele consecințe ale acestor soluții (reușită/eșec sau profit/pierdere, de pildă). Asipu notau aceste consecințe cu + sau — și, în cele din urmă, îi ofereau clientului un „raport de evaluare", gravat pe o tăbliță de argilă.

De-a lungul veacurilor, preocuparea pentru problema riscului s-a intensificat, mai ales în agricultură și navigația maritimă. Un pas important în analiza științifică a riscului a fost făcut în 1657, atunci când Pascal a formulat o teorie a probabilităților.

După cel de-al Doilea Război Mondial, o bună parte a populației, conducători politici și cercetători conștientizează progresiv riscurile ecologice legate de pericolele implicate de tehnologiile moderne. Medicina și sănătatea publică încep să se ocupe de problemele de sănătate la care se supun populațiile din cauza modului lor de viață, a obiceiurilor alimentare sau sexuale ori din pricina consecințelor neașteptate ale anumitor măsuri care vizau o creștere cu orice preț a productivității (cazul encefalopatiei spongiforme bovine sau boala „vacii nebune" constituie un exemplu în acest sens).

Le Breton (2002) atrage atenția asupra paradoxului societăților noastre, preocupate de reducerea sau chiar identificarea riscurilor de accidente, maladii, catastrofe tehnologice ori naturale și în care, în același timp, unii indivizi caută senzații tari, prin intermediul, de pildă, al unor hobby-uri riscante, al sporturilor extreme.

Acest concept devine un obiect de studiu al psihologilor care se ocupă de riscul de apariție a tulburărilor mentale, de asumarea riscului (vezi Trimpop, 1994), de căutarea riscului și a senzațiilor, de percepția riscului. În psihopatologie, rezultatele cercetărilor efectuate își află deja aplicația în elaborarea unor programe de prevenire.

Studiul formal al riscului de apariție a tulburărilor de dezvoltare la copil datează din anii '20, o dată cu studiile longitudinale pe bebeluși născuți înainte de termen. Mai târziu, studiile longitudinale se

aplică unor copii suferind de poliomielită, paralizie cerebrală, deficiențe vizuale și auditive, de deficiență intelectuală și mai ales de sindromul Down.

După cel de-al Doilea Război Mondial, zeci de mii de copii au fost considerați ca prezentând un risc social, emoțional sau intelectual ridicat, deoarece erau orfani. Organizația Mondială a Sănătății i-a cerut atunci lui John Bowlby să-i studieze pe acești copii și mai ales pe aceia privați de contactul cu mama. Epidemia de rubeolă din anii '60 și efectele teratogene ale unui tranchilizant, talidomida, au pus în evidență vulnerabilitatea fătului aflat în plin proces de dezvoltare.

B. Risc și vulnerabilitate

Pe nedrept, termenii de „vulnerabilitate" și „risc" sunt destul de des utilizați ca sinonimi. *Riscul* este definit (Last, 2001-2004) ca probabilitatea ca un eveniment să survină în cursul unei perioade date sau înainte de o anumită vârstă. În această definiție, cuvântul eveniment se referă la debutul unei maladii sau al unei tulburări sau la decesul unei persoane.

Noțiunea de *vulnerabilitate* intră cu adevărat în vocabularul psihopatologiei în timpul celui de-al VIII-lea Congres internațional de psihiatrie a copilului și al profesiunilor asociate, organizat la Philadelphia, în 1974. Această noțiune se referă la o anumită formă de fragilitate, la o capacitate de rezistență mai redusă, la o mai mare sensibilitate la adversitate.

Totuși, noțiunea de vulnerabilitate nu este în mod clar delimitată de aceea de risc. Se poate constata că, în adresa prezidențială trimisă Congresului de la Philadelphia, E. James Anthony (1978-1982) vorbește, de mai multe ori, despre risc *și* despre vulnerabilitate. Astfel, povestea celor trei păpuși a lui Jacques May este preluată pentru a ilustra „tema riscului *și* a vulnerabilității" (p. 23). Aceste păpuși sunt din sticlă, plastic și, respectiv, oțel, toate trei fiind lovite destul de tare cu ciocanul. Lovitura o sparge complet pe cea din sticlă, lasă o cicatrice de neșters pe cea din plastic, pe când cea de-a treia, care este din oțel, rămâne intactă (așadar, ea este, aparent, invulnerabilă).

Într-o tentativă de a diferenţia vulnerabilitatea de risc, Ingram şi Price (2001) notează că o persoană „cu risc" — pentru că trăieşte într-un mediu extrem de stresant — va vedea cum acest risc se transformă în tulburare, dacă ea este şi vulnerabilă. Faptul aceasta înseamnă că dacă vulnerabilitatea şi riscul se deosebesc pe plan conceptual, prezintă totuşi interacţiuni strânse. Ingram şi Price consideră că pentru o mai bună înţelegere a vulnerabilităţii, trebuie să se ţină cont de următoarele trei precizări:

a / Vulnerabilitatea este o *trăsătură stabilă* înnăscută sau dobândită prin învăţare. Dacă, la ora actuală, nu putem acţiona asupra vulnerabilităţii genetice a unei persoane, putem, în schimb, să utilizăm anumite mijloace psihologice pentru a acţiona asupra vulnerabilităţii care decurge din învăţări disfuncţionale. Astfel, comparativ cu farmacoterapia administrată singură, terapia cognitivă sau o combinaţie de terapie cognitivă şi farmacoterapie reduc probabilitatea de reapariţie a unei tulburări depresive vreme de doi ani. În această perspectivă, Hollon *et al.* (1990) şi Hollon şi Cobb (1993) susţin că, dacă efectele tratamentelor medicamentoase determină, în mare măsură, suprimarea simptomelor, psihoterapiile (de tipul terapiei cognitive) modifică structurile cognitive disfuncţionale. În măsura în care vulnerabilitatea îşi are rădăcinile în aceste structuri, terapia cognitivă va diminua astfel susceptibilitatea la psihopatologie.

Dacă aceste fapte arată că, în anumite cazuri, vulnerabilitatea poate fi diminuată, alte constatări pun în evidenţă unele augmentări, în timp, ale vulnerabilităţii. Lucrul acesta se produce, de exemplu, atunci când persoana vulnerabilă este expusă, în mod continuu, la evenimente de viaţă stresante.

b / Caracteristicile care fac ca o persoană să fie vulnerabilă sunt *endogene*, ceea ce este evident pentru unele caracteristici de tip generic. Trăsăturile de vulnerabilitate constituie caracteristici *latente*, greu de observat. Lucrul acesta explică interesul reprezentat de cercetarea anumitor indici de vulnerabilitate observabili.

Un exemplu ne este oferit de lucrările echipei lui Marie Åsberg, de la Institutul Karolinska din Stockholm. Aceşti cercetători găsiseră o frecvenţă foarte ridicată de tentative de suicid, mai ales cu metode

active și violente, la pacienți deprimați cu nivel de acid 5-hidroxiindolacetic (5-HIAA), metabolit al neurotransmițătorului serotonină, mai scăzut decât normala în lichidul cefalorahidian (Åsberg *et al.*, 1976). Pe baza acestor date, Åsberg (1987) avansează ipoteza că un nivel scăzut de 5-HIAA în lichidul cefalorahidian poate fi considerat ca un indice de vulnerabilitate. Totuși, tentativa de suicid nu ar surveni înainte ca persoana care prezintă această vulnerabilitate să se afle într-o situație percepută ca fiind disperată. Evident, faptul de a fi trăit evenimente traumatizante, ca și absența unei rețele sociale de susținere contribuie la trecerea la act.

c / Diferite modele psihopatologice postulează că vulnerabilitatea nu se exprimă în absența stresului. Aceste modele sunt bazate pe *interacțiunea diateză-stres*. Cuvântul „diateză" face referire la o predispoziție, la un teren care concretizează vulnerabilitatea persoanei. Potrivit modelelor diateză-stres, vulnerabilitatea biologică la psihopatologie nu s-ar exprima, nu s-ar concretiza în tulburare mentală decât în anumite condiții de mediu. Astfel, în câmpul schizofreniei, Meehl (1962) susține că persoanele care au o vulnerabilitate biologică (genetică) nu vor dezvolta o schizofrenie decât dacă sunt expuse la factori de stres. Acest model diateză-stres a ajutat la integrarea modelelor biologic și de mediu ale schizofreniei. Să subliniem că, la ora actuală, psihopatologia trece de la niște modele diateză-stres la modele mai complexe, multidimensionale (Ingram și Price, 2001).

Două comentarii se impun ca urmare la precizările lui Ingram și Price. În primul rând, faptul că, chiar și în stadiul actual al cunoștințelor și mijloacelor noastre de intervenție, vulnerabilitatea apare mai puțin stabilă decât afirmă acești autori. În al doilea rând, diferențierea realizată leagă vulnerabilitatea de persoană și riscul, de mediu. Or, această diferențiere consacrată factorilor de risc este discutabilă. Într-adevăr, există factori de risc individuali genetici și dobândiți (vezi punctul 3 din cadrul acestui capitol). Așadar, vulnerabilitatea apare mai degrabă ca un teren fragilizat de acțiunea factorilor de risc prezenți sau care au acționat înainte.

C. Factori de risc

La originea situației care permite considerarea unei persoane ca fiind „cu risc", factorii de risc sunt foarte diverși: comportamente sau obiceiuri de viață, expunere la adversitate și la pericole ale mediului. Unii autori includ printre factori de risc unele caracteristici înnăscute sau ereditare care constituie fundamentul vulnerabilității unei persoane.

Demonstrarea faptului că „F" este un factor de risc pentru apariția tulburării mentale „T" necesită evaluarea prezenței lui F într-un eșantion indemn și într-un eșantion în care tulburarea este prezentă. Un element crucial în atribuirea statutului de factor de risc este prezența sa înaintea apariției tulburării care ne interesează.

Kraemer *et al.* (1997) propun o schemă care permite diferențierea mai multor tipuri de factori:

- *corelatul* este un factor despre care se știe că este asociat tulburării;
- *concomitentul* sau *consecința* este un corelat care nu precede apariția tulburării (este prezent în același timp sau apare după instalarea tulburării);
- *factorul de risc* este un corelat care precedă apariția tulburării;
- *factorul de risc cauzal* este un corelat care precedă apariția tulburării și a cărui manipulare are un efect asupra apariției tulburării. Dacă și numai dacă aceste două condiții sunt satisfăcute este posibil ca factorul în chestiune să fie considerat *cauzal*. Kraemer *et al.* (1997) fac o distincție fină între cauză și factor de risc cauzal. Cauza este *condiția* necesară și suficientă pentru apariția unei tulburări. Or, în cazul tulburărilor mentale, faptul de a vorbi despre o *singură* cauză este, foarte probabil, neadecvat în imensa majoritate a cazurilor. Faptul de a vorbi despre factorul de risc cauzal are, așa cum am subliniat, numai două implicații: întâietate temporală în raport cu tulburarea și faptul că manipularea/modificarea sa schimbă probabilitatea de apariție a tulburării. Pentru acest motiv, Kraemer *et al.* preferă termenul de factor de risc cauzal aceluia de cauză.

Centrându-se pe factorii de risc de care trebuie să se țină seama în cazul unor tulburări psihice care pot să apară la copil, Garmezy (1994) le clasează în cinci categorii:

- factori individuali genetici, dar și dobândiți (precum comportamentele învățate prin imitare sau care apar în urma presiunii copiilor de aceeași vârstă);
- factori familiali (abuz fizic sau sexual, dezorganizare familială, șomaj cronic etc.);
- factori în relație cu vecinătatea și comunitatea (de pildă, o vecinătate caracterizată de o frecvență mare a abandonului școlar și/sau a delincvenței care amenință starea de bine și securitatea copiilor);
- factori în relație cu orașul în care locuiesc și unde suma adversităților — șomaj cronic, număr mare de persoane fără adăpost, habitat inadecvat, infrastructuri deteriorate, școli neadecvate, îngrijiri medicale insuficiente — provoacă pierderea speranței salvării din acest mediu nociv;
- factori care se regăsesc la scara țării (șomaj cronic, recesiune, război), factori care creează o ambianță de negativism și neputință.

Tulburările mentale au, adesea, nu doar o cauză, iar respectivii factori cauzali constituie un *lanț cauzal* sau chiar lanțuri cauzale multiple. Aceste lanțuri cuprind factori de risc genetici, biologici, de mediu și sociali. Numai efectul unuia dintre acești factori nu poate fi pe deplin înțeles, dacă se face abstracție de efectul celorlalți. Înțelegerea felului în care conlucrează acești factori de risc este, prin urmare, crucială.

Să analizăm, acum, cea mai simplă situație, ce implică numai doi factori de risc, A și B, factori de risc care joacă un rol în apariția tulburării T. Există cinci modalități diferite și importante din punct de vedere clinic după care acești doi factori pot să interacționeze pentru a juca un rol în apariția tulburării T (Kraemer *et al.*, 2001). În scopul unei mai bune delimitări a acestor modalități, trebuie luate în considerare trei caracteristici ale lui A și B:

- întâietatea temporală (care dintre A și B apare primul?);
- corelația (A și B sunt corelați?);
- dominanța (și dacă cineva ar utiliza A și/sau B pentru a prezice apariția lui T, care decizie ar avea cea mai mare forță: cea bazată doar pe A, doar pe B sau pe A și B combinați? În funcție de răspunsul obținut, vorbim despre A dominant, despre B dominant sau despre codominanța lui A și B).

Cele cinci modalităţi de acţiune ale lui A şi B sunt următoarele:

a / În apariţia lui T, B este *factor de risc prin procură* pentru A. De exemplu, s-a demonstrat că „parentajul" neadevat este un factor de risc pentru tulburarea deficit de atenţie/hiperactivitate (TDAH). Orice componentă a „parentajului" neadecvat (abuzul fizic, de pildă) poate să constituie un factor de risc pentru TDAH. În acest caz, abuzul fizic (factor B) este factor de risc prin procură pentru factorul global „parentaj" neadecvat (factor A). Să notăm şi că A şi B sunt corelate, că A este dominant şi că nu există o întâietate temporală a unuia sau celuilalt factor.

b / *A şi B se suprapun parţial.* Să luăm, ca exemplu, utilizarea a doi indici de depresie care au o fidelitate *moderată* — scorurile mari la scala Hamilton (factor A) şi la scala Beck (factor B) — ca factori de risc pentru o tentativă ulterioară de suicid (tulburare T). Într-un asemenea caz, combinaţia de A şi B ar trebui să permită obţinerea unui factor de risc care captează într-un mod mai fidel construct[40] pe care-l au în comun (aici, depresia). În timpul celei de-a doua modalităţi de interacţiune, A şi B sunt corelate, nici unul nu are o întâietate temporală, iar aceşti doi factori sunt codominanţi.

c / *A şi B sunt factori de risc independenţi.* Cercetările întreprinse în Statele Unite ale Americii au arătat că sexul feminin şi originea etnică „nonalbă" constituie doi factori de risc de obezitate. Astfel, faptul de a fi femeie (factor A) *şi* de a fi afro-americană sau hispanico-americană (factor B) constituie o situaţie cu un risc ridicat de obezitate. În acest caz,A şi B nu sunt corelaţi, sunt codominanţi şi nici unul nu are o întâietate temporală.

d / *B este mediator al lui A.* Un factor de mediere (în acest caz B) explică în ce fel/de ce un alt factor (A) are un rol în apariţia lui T. Acest tip de relaţie este foarte important în elaborarea unor lanţuri cauzale. Să luăm, ca exemplu, retardul mental întâlnit într-una dintre erorile congenitale ale metabolismului, maladia Föl-

[40] Termenul de *construct*, utilizat aici de către Kraemer *et al.*, face referire la un concept ipotetic imaginat pentru explicarea anumitor fenomene. În *Dictionnaire de psychologie*, Richelle (1998, p. 154) dă ca exemplu de construct harta cognitivă introdusă de Tolman. Un construct a cărui realitate este stabilită în mod experimental se numeşte variabilă intermediară. Faptul de a considera depresia ca un construct este, fără îndoială, discutabil.

ling sau fenilcetonuria, afecțiune ereditară cu transmitere autozomală recesivă. Afecțiunea este datorată unui blocaj al reacției de conversie a fenilalaninei în tirozină, blocaj provocat de un deficit de fenilalanină-hidroxilază. În acest caz, deficitul intelectual (T) datorat genei fenilcetonuriei (factor A) are ca mediator enzima deficitară, fenilalanina-hidroxilaza (factor B). În această cea de-a patra modalitate, A îi precede lui B, A și B sunt corelați și fie B este dominant (și atunci vorbim despre mediere totală), fie A și B sunt codominanți (și atunci este vorba despre o mediere parțială).

e / A este moderator[41] *pentru B.* Faptul de a fi de sex feminin (factor A) și de a prezenta o pubertate precoce (factor B) constituie factori de risc pentru tulburarea de panică. Observațiile făcute arată că factorul pubertate precoce este mai important pentru femei, comparativ cu bărbații. Prin urmare, constatăm că A moderează efectul lui B. Astfel, efectul pubertății precoce este mai moderat la bărbați. Factorul moderator A indică, așadar, la cine și în ce condiții factorul B va acționa pentru a produce tulburarea T. Pentru ca A să aibă un efect moderator asupra lui B, este necesar ca A să-l preceadă pe B, ca A și B să nu fie corelați și ca A și B să fie codominanți.

D. Modele explicative

Au fost propuse mai multe modele care pot să explice felul în care factorii de risc împiedică adaptarea psihosocială a copiilor (mai ales, provocând tulburări psihice). Potrivit *modelului riscului cumulativ,* inadaptarea copilului are legătură cu numărul de factori de risc cu care trebuie să se confrunte. Conform acestui model, cu cât numărul de factori de risc este mai mare, cu atât adaptarea psihosocială a copilului este mai compromisă. Acest model poate să ne informeze în mod specific în privința numărului de factori de risc pe care copilul, trăind într-un mediu anume, poate să-i „tolereze", înainte ca adaptarea

41 Factorii de protecție (vezi, în capitolul de față, punctul 8) constituie factori moderatori.

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

acestuia să nu-i suporte efectele. Indicii de risc cumulativ nu oferă totuși informații referitoare la mecanismele care fac ca adversitatea să poată să se traducă în inadaptare și tulburări mentale. Rezultă de aici că modelul riscului cumulativ nu oferă decât puține elemente pentru prevenire și intervenție.

Modelul riscului aditiv aduce informații despre felul în care adversitatea se traduce în dificultăți de adaptare pentru copil, examinând efectele proprii fiecărui factor de risc. Mai precis, modelul riscului aditiv izolează, din ansamblul factorilor de risc, fiecare factor de risc. Psihologul este interesat atunci de natura specifică a fiecărui factor și de consecințele respective. Procedând în felul acesta, Ackerman *et al.* (1999) au constatat că, dacă un indiciu, calculat pornind de la 11 factori de risc, era în mod semnificativ corelat cu tulburările de comportament ale copiilor studiați, abuzul parental de alcool/droguri putea să explice, de unul singur, o parte importantă a variației.

Al treilea *model* — cel al *efectelor indirecte* — este clădit pe modelul riscului aditiv, prin adăugarea unui element aparte, gradul de proximitate, în raport cu copilul, a factorului de risc. Potrivit acestui model, cei mai periferici factori — ca aceia legați de vecinătate și de sărăcie — nu sunt direct în relație cu adaptarea psihosocială a copilului. Relațiile lor cu neadaptarea se stabilesc prin intermediul altor factori, mai proximali (de pildă, „parentajul" sau dispoziția depresivă a părinților). Modelul efectelor indirecte arată că este indispensabil să se analizeze riscul de psihopatologie la copil în cadrul diferitelor contexte de mediu în care se realizează creșterea și dezvoltarea copilului.

"Deși nu este clar de ce acest prag se situează între trei și patru factori de risc, se poate presupune că, pentru a se confrunta doar cu unul, doi sau maxim trei factori de risc, copiii pot să aibă anumite resurse adecvate. În această privință, Rutter (1979) avansa ipoteza (care încă nu a fost testată) că factorii de risc se potențează unii pe alții și, astfel, combinația unor factori de risc are un impact mai important decât fiecare factor luat în considerare în mod independent.

Jones *et al.* remarcă și că cei mai proximali factori de risc — „parentajul" neadecvat și simptomele depresive materne — explică, în mod semnificativ, unele probleme puse în evidență la copii. Cei mai periferici factori — venituri mici și riscuri legate de comunitatea în

care trăiesc — au legătură cu problemele copiilor prin intermediul unor factori de risc mai proximali, deja menționați.

Cercetarea lui Jones *et al.* atestă utilitatea fiecăruia dintre cele trei modele menționate. Modelul riscului cumulativ ajută la identificarea copiilor care prezintă un risc mare de adaptare și psihopatologii. Așa cum văzut deja, este vorba despre copii expuși la riscuri multiple, în esență peste trei. Modelele riscului aditiv și unele efecte indirecte evidențiază o serie de asociații specifice între factorii de risc familial și dificultățile de adaptare și psihopatologiile copilului. Factorii de risc periferici nu sunt legați în mod direct de tulburările de internalizare și de externalizare[42] diagnosticate în populația studiată de către Jones și colaboratorii săi. Această constatare atrage atenția asupra utilității examinării și a luării în calcul a factorilor de risc periferici în programele de prevenire și de intervenție.

La sfârșitul acestei secțiuni consacrate modelelor, să-l menționăm pe acela propus de Cicchetti și Lynch (1993), bine cunoscut în domeniul psihopatologiei dezvoltării. Este vorba despre un model ecologic/tranzacțional care încearcă să explice cum pot să influențeze diferiți factori de risc dezvoltarea copilului și să contribuie la apariția neadaptării și a tulburărilor mentale.

În modelul lui Cicchetti și Lynch, mediul copilului este descris ca având mai multe niveluri care coexistă. La cel mai periferic nivel se află macrosistemul, urmat de exosistem, de microsistem și, la nivelul cel mai proximal, de ceea ce autorii desemnează ca fiind nivelul ontogenetic. *Macrosistemul* subsumează valorile și credințele culturale. *Exosistemul* se referă la structurile sociale în care trăiesc familiile și indivizii (școli, locuri de cult, servicii, locuri de muncă etc.). *Microsistemul* este reprezentat de cadrul apropiat în care trăiește individul și familia sa (utilizând o viziune largă a microsistemului, acesta include toate cadrele care primesc persoana în plin proces de dezvoltare). În sfârșit, *nivelul ontogenetic* se referă la factorii individuali care pot să acționeze, în fiecare perioadă de dezvoltare, asupra proceselor de adaptare. La acest nivel, Cicchetti (1994) insistă pe regularizarea afectelor, pe procesele de atașament, pe dezvoltarea unui

42 Tulburările de internalizare se raportează la anxietate, la depresie și la retragere socială. Tulburările de internalizare se referă în principal la conduitele agresive și de opoziție și la toate comportamentele dificile. Potrivit formulei foarte sugestive a lui Reynolds (1992), unii îl fac să sufere pe subiect, alții îi fac să sufere pe alții! Diferențierea dintre aceste două categorii de tulburări nu este foarte clară: într-adevăr, o conduită de externalizare poate să ascundă o tulburare de internalizare.

self[43] autonom, pe relațiile cu cei de-aceeași vârstă și adaptarea la școală.

Specificitatea modelului lui Cicchetti și Lynch este abordarea problemei riscului dintr-o perspectivă *ecologică* (ținând cont de toate nivelurile de mediu) și *tranzacțională* (bazată pe influențele reciproce ale factorilor care se situează la aceste diferite niveluri).

E. Evaluarea riscului

Evaluarea riscului în psihopatologie este o preocupare recentă, iar la ora actuală sunt disponibile puține instrumente. Printre cele elaborate și care prezintă calități psihometrice satisfăcătoare se numără *Inventarul factorilor de risc familial-varianta Părinți* (IFRF-P). Acest instrument, creat în Australia de către Dwyer *et al.* (2003), este constituit din 48 de itemi și poate fi completat în zece-cincisprezece minute. Este conceput pentru evaluarea expunerii copiilor la diferiți factori de risc. Aceștia pot să fie legați de survenirea unor evenimente specifice (de pildă, despărțirea părinților, un doliu/o pierdere și de adversitatea cronică (tulburările mentale ale părinților, de exemplu). IFRF-P oferă un indiciu ce se referă la riscul în materie de sănătate mentală a copilului.

Fiecare item este conceput pentru a evalua un factor de risc diferit. Itemii au fost grupați în funcție de cinci domenii de risc care constituie potențiale obiective de intervenție:

- „evenimente de viață defavorabile și instabilitate"(EVD) ca, de exemplu, mutarea, divorțul sau despărțirea părinților în cursul ultimului an;
- „structură familială și statut socioeconomic" (SSE). Printre itemii acestui grup, figurează monoparentalitatea, existența unor probleme financiare grave etc.;

[43] Agnès Oppenheimer (1996) scria că, atunci când Kohut utilizează cuvântul „self", o face în primul rând pentru a desemna ansamblul reprezentărilor de sine conținute în Eu. Ea precizează că a tradus uneori termenul „self" prin „sine" și că, în alte cazuri, a păstrat termenul englez, căci acesta nu acoperă total sinele și corespunde mai degrabă Eului. La ora actuală, termenul de „self" este folosit în mod curent în scrierile franceze de psihologie clinică și de psihopatologie.

- „practici de parentaj" (PAR), evaluate, printre altele, prin faptul fixării unor reguli și respectarea lor sau prin administrarea unor pedepse fizice grave;
- „conflicte verbale parentale și tulburări ale dispoziției" (CVH). În acest grup figurează itemi referitori la influența pe care o poate exercita dispoziția asupra menținerii disciplinei sau a existenței unor conflicte verbale grave între adulți;
- „comportamente parentale antisociale sau psihotice" (CAP), subgrup în care se află itemi referitori la consumul de alcool sau de droguri sau chiar la existența unor probleme grave de sănătate mentală.

Cei mai mulți dintre itemii din IFRF-P cer două răspunsuri: *a.* evaluarea de către părinte a prezenței sau a frecvenței factorului de risc respectiv (această evaluare face posibil calculul unui scor părinte) și *b.* evaluarea de către părinte a aceluiași factor de risc pe baza percepției pe care o are despre comportamentul partenerului și despre interacțiunile acestuia cu copilul (astfel este calculat un scor partener). În cazul familiilor monoparentale, se calculează un singur scor.

Caracteristicile psihometrice ale IFRF-P sunt următoarele: fidelitate test-retest și validitatea constructului satisfăcătoare, consistență internă variabilă (adecvată pentru scorul total, modestă pentru subscalele EVD, SSE, PAR, CVH și slabă pentru subscara CAP). Valoarea predictivă a subscalelor nu este aceeași. Astfel, riscul evaluat de subscala „practici de parentaj" reprezintă cel mai bun predictor al *debutului* problemelor de sănătate mentală. Scorul la această subscală, cu cele de la subscalele „conflicte verbale parentale și tulburări ale dispoziției" și „comportamente parentale antisociale și psihotice" constituie predictori puternici ai *persistenței* problemelor de sănătate mentală.

Dwyer și colegii săi subliniază că este important să se diferențieze factorii de risc ce au legătură cu debutul tulburărilor de aceia legați de persistența lor în timp. Rezultatele obținute arată că prevenirea trebuie să vizeze în mod preferențial practicile de „parentaj", conflictele, comportamentele antisociale și tulburările ce țin de domeniul psihiatriei ale părinților, mai ales cele ale dispoziției.

F. Apariția și evoluția conceptului de reziliență

Derivat din latinescul *resilientia*, cuvântul *reziliență* a fost utilizat, în engleză, încă din 1626, de către Francis Bacon, în lucrarea sa *Sylva Sylvarum* (Simpson și Weiner, 1989). Mai târziu, platonicianul Henry More îl folosește în *Dialogurile divine* (1668). În franceză, cel care îl utilizează pentru prima oară, în 1952, este André Maurois, în *Lélia sau viața lui Georges Sand*. Atunci când evocă moartea, la 21 iulie 1864, a lui Marc-Antoine, zis *Cocoțon*, nepotul lui Georges Sand, Maurois scrie: „În acest doliu, încă o dată, ea își uimește prietenii prin reziliența-i imediată".

Sensul cuvântului este acela de a-și reveni, de a se redresa, ceea ce poate fi aplicat unor situații și domenii diferite. Astfel, în fizică, cuvântul „reziliență" se referă la raportul energiei cinetice absorbite necesare pentru a provoca ruptura unui metal, la suprafața secțiunii sparte. Ea se exprimă în juli pe centimetri pătrați și caracterizează rezistența la șoc.

O utilizare foarte apropiată de cea care face obiectul acestui capitol este întâlnită la doctorul Tomes care, într-una dintre lucrările sale (apărută în 1857) scrie că „în ciuda calamităților cauzate de cutremur, reziliența făcând parte din caracterul japonezilor, le traduce foarte bine energia". Am găsit prima ocurență într-un text științific într-un articol apărut în 1942, în *American Journal of Psychiatry*, consacrat activității asistenților sociali britanici, în timpul celui de-al Doilea Război Mondial. Autorul articolului, Scoville, evocă „uimitoarea reziliență" a copiilor confruntați cu „situații primejdioase pentru viața lor". De-atunci, interesul pentru acest concept n-a încetat să crească, iar numărul de publicații ce-i sunt consacrate a sporit în mod exponențial.

Reziliența poate fi definită ca:

a / capacitate de a se dezvolta bine pe plan psihic, în ciuda survenirii unor evenimente cu caracter destabilizator, în ciuda condițiilor de viață dificile, a traumatismelor uneori severe sau *capacitate* de a se adapta rapid la nenorocire sau la adversitate, de a se recupera după asemenea situații;

b / rezultat constând în absența unor tulburări mentale în și după situații cunoscute ca putând să provoace asemenea tulburări;

c / *procese* care implică o interacțiune subiect-mediu și factori de protecție (individuali, familiali și de mediu) moderatori ai riscului și adversității.

Cum în literatura psihologică și psihiatrică, de multe ori sunt folosiți alți termeni pentru a descrie aspecte legate în mod mai mult sau mai puțin strâns de conceptul de reziliență, ni s-a părut util să prezentăm aici pe cei mai des întâlniți: anduranța, simțul coerenței, împlinirea, adaptarea.

Conceptul de *anduranță* (*hardiness*, în engleză) își face apariția într-o publicație a lui Salvatore Maddi (1967) care arată că, datorită unei concepții mai „deschise" despre viață, persoana andurantă, robustă acceptă mai ușor moartea și îi este mai puțin frică de ea. În teza sa de doctorat, Ouellette-Kobasa (1977) studiază anduranța raportându-se la faptul că anumite persoane se dovedesc reziliente atunci când se confruntă cu boala (somatică sau psihică), deși au trăit schimbări care, în cultura lor, sunt considerate stresante.

Conceptul de anduranță, așa cum îl descriu Kobasa (1979) și Kobasa și Pucetti (1983), se definește prin trei descriptori:

- *controlul* care se exprimă prin faptul că persoanele andurante au sentimentul că-și controlează viața, că-și aleg liniile de conduită în circumstanțe stresante. Ele cred că pot să controleze ori să influențeze evenimentele;
- *angajamentul* în activități efectuate, relațiile cu alții și cu sine (pentru că-și recunosc propriile valori, scopuri și priorități în viață, pentru că atribuie un sens existenței lor);
- faptul că privesc schimbarea mai degrabă ca pe o *provocare* decât ca o amenințare. Persoanele andurante dovedesc flexibilitate pe plan cognitiv, sunt perseverente și știu unde să caute sprijin.

Conceptul de *simț al coerenței* apare în contextul orientării saluto-genetice care investighează originile sănătății. Aaron Antonovsky (1979, 1987), autor care a creat orientarea saluto-genetică, propune conceptul de *resurse de rezistență generalizată* ce înglobează toți factorii eficienți în lupta împotriva factorilor de stres. Resursele de rezistență generalizată merg de la imunostimulatori până la magie, trecând prin forța Eului, bani, susținerea socială sau stabilitatea culturală.

Toate resursele de rezistență generalizată au în comun faptul că facilitează înțelegerea sensului factorilor de stres cu care ne confruntăm. Pentru definirea acestui factor comun, Antonovky creează conceptul de simț al coerenței care corespunde unui sentiment invadant, deși dinamic, de încredere:

a / că stimulii care provin, de-a lungul vieții, din mediile intern și extern sunt structurați, previzibili, explicabili;
b / că sunt disponibile resurse pentru a face față exigențelor acestor stimuli și
c / că aceste exigențe constituie niște provocări în sensul propriei investiri, a propriei implicări.

Simțul coerenței are, așadar, trei componente: *a.* inteligibilitatea; *b.* capacitatea de a face față situațiilor întâlnite; *c.* faptul că pe plan emoțional (și nu numai cognitiv) evenimentele trăite au *un sens* permite trăirea lor ca pe niște provocări, demne de a fi investite în plan emoțional și, prin urmare, nu constituie niște poveri.

Conceptul de *împlinire* (*thriving*, în engleză) se referă la ceva mai mult decât o simplă manifestare de homeostazie, de întoarcere la situație, așa cum era ea înaintea acțiunii factorului de stres. O'Leary și Ickovics (1995) propun un model de „valoare adăugată" care explică faptul că, după un stres, un individ sau o comunitate poate nu numai să supraviețuiască ori să recupereze, ci poate chiar să-și afle împlinirea. Conceptul de împlinire se referă, așadar, la situațiile în care „omul e mai bine decât înainte", ca urmare a unui stres.

În *Dictionnaire de la psychologie* de Fröhlich (1997), se precizează că termenul de *adaptare* este împrumutat din biologie și fiziologie. Potrivit lui Fröhlich, acest termen desemnează toate schimbările de stare ale organismului și sistemelor care îl compun, care favorizează acomodarea și reajustarea la modificările mediului, în scopul menținerii, restaurării sau ameliorării capacităților vitale și funcționale. Procesele de adaptare sunt de o complexitate crescândă, mergând de la *tropisme* până la *adaptarea socială*.

Relația dintre reziliență și adaptare este bine descrisă de Ann S. Masten (1994), care notează că, „la un individ, reziliența se referă la o adaptare reușită, în ciuda riscului și adversității" (p. 3). Pentru Masten, „reziliența, ca și psihopatologia, este judecată pe baza unor tipare normative de dezvoltare, în contexte normative de mediu. Dacă un

individ este considerat rezilient, lucrul acesta implică o evaluare a adaptării..."

În chip de concluzie, putem constata următoarele:

- termenul de *anduranță*, utilizat ca sinonim al rezilienței până în 2003, nu pune accentul decât pe trei caracteristici ale persoanelor reziliente (control, angajament, provocare);
- *simțul coerenței* descrie trei factori care permit menținerea sănătății în confruntarea cu agenții stresanți (inteligibilitate, capacitate de gestionare, atribuirea de sens);
- conceptul de *împlinire* se referă la un rezultat mai mare decât urmările rezilienței și desemnează posibilitatea unei stări mai bune decât înaintea stresului sau a traumatismului);
- *adaptarea*, concept împrumutat din biologie și fiziologie, poate fi considerată ca un indiciu de reziliență când evaluarea arată că este vorba despre o adaptare reușită.

Adevărata reziliență trebuie să fie deosebită de *pseudorezilienta* sau rezilienta de fațadă, concept folosit pentru prima oară, în 1987, de către psihanalistul american Anthony. Utilizarea conceptului de reziliență adevărată ar trebui să fie rezervată persoanelor a căror funcționare intrapsihică — ce dovedește flexibilitate, integrare a proceselor psihice și maturitate — este coerentă cu competența externă. Cât despre pseudoreziliență, aceasta se caracterizează printr-o organizare rigidă a personalității. În acest caz, așa cum scrie Anthony (1987, p. 26), „există o *iluzie* de putere, de imunitate la stres și de stare de bine". Prototipul ar fi Meursault, personajul din *Străinul* de Camus (1957).

Dacă, la început, psihologii se arătau interesați de rezilienta individuală, mai târziu, acest concept a fost aplicat familiilor. În același timp, cercetătorii au început să exploreze diferențele de reziliență legate de cultură, dar și mecanismele de reziliență cu specificitate culturală. În același context și vorbind despre rezilienta culturală, cercetătorii se ocupă și de supraviețuirea anumitor culturi foarte amenințate.

Conceput la început ca procesul/capacitatea ce permite confruntarea efectelor patologice ale traumatismelor psihice, termenul de reziliență este utilizat, din ce în ce mai mult, pentru a desemna rezistența la o multitudine de situații relativ comune, ce pot fi întâl-

nite în viaţa cotidiană. Astfel, conceptul de reziliență este folosit în raport cu situaţii ca prezenţa unui handicap, a unei tulburări somatice sau mentale cronice, a unui dezavantaj socioeconomic sau a îmbătrânirii.

Să luăm, ca exemplu, reziliența şcolară. Această denumire desemnează o infirmare a probabilităţii de eşec al copiilor cu risc care, în ciuda tuturor lucrurilor, reuşesc la şcoală. Expresia „reziliență şcolară" apare, în 1991, în titlul unui studiu al lui Braddock şi al colaboratorilor, realizat pe elevi afro-americani care reuşesc la şcoală mai ales din datorită implicării lor în activităţi sportive. În anii '90, reziliența şcolară este din ce în ce mai interesantă pentru cercetători şi practicieni care studiază diferitele populaţii cu risc de inadaptare şcolară, eşec sau abandon. Aceştia se ocupă de factorii de protecţie individuali şi de mediu. Îşi pun o serie de întrebări referitoare la felul în care pot contribui la transformarea unor elevi cu risc în elevi rezilienţi. Acest tip de cercetare deschide o nouă perspectivă asupra conceptului de risc în educaţie şi arată că riscul este un concept cu multiple faţete şi cauze, care trebuie conceput într-o perspectivă interactivă, tranzacţională.

Fără îndoială că această viziune ecosistemică a reuşitei explică avantajul utilizării conceptului de reziliență şcolară în raport cu studiile anterioare referitoare la eşec şi reuşita şcolară. Conceptul de reziliență ne atrage atenţia asupra capacităţilor, asupra „forţelor" fiecărui elev. Departe de a fi tributară efectelor modei sau ale unei ideologii bazate pe reuşita şi superioritatea acelora care reuşesc, reziliența şcolară ne ajută să ameliorăm munca elevului şi activitatea şcolii şi să prevenim disfuncţiile care duc la eşec.

La sfârşitul acestei secţiuni, ne pare important să subliniem că această complexitate a conceptului de reziliență ne determină să integrăm diferitele abordări utilizate în studiul său. Această abordare integrativă este cea preconizată în lucrarea *14 abordări în psihopatologie* (Ionescu, 1995). Calea spre integrare este trasată de abordarea ecosistemică. La nivel individual, psihanaliza ne permite să înţelegem importanţa mecanismelor intrapsihice ale rezilienţei. La acelaşi nivel, cercetarea în domeniul psihobiologiei rezilienţei ne poate completa în mod util cunoştinţele. La celelalte niveluri (familial, comunitar-social, societal), datele culturale nuanţează cunoştinţele apărute în esenţă din cercetările realizate pe populaţiile ţărilor industriale. Abordarea integrativă este holistică (integrând datele provenite din diferitele

abordări ale rezilienței) și tranzacțional-dinamică. Astfel concepută, ea evită închiderea rezilienței într-un dogmatism steril și permite o reacție mai bună la așteptările pacienților (Ionescu, 2006).

G. Reziliența e rară? Ce ne învață studiile despre copiii maltratați?

Procentajul copiilor maltratați identificați ca rezilienți variază mult de la un studiu la altul și chiar în cadrul aceluiași studiu, în funcție de criteriile utilizate pentru definirea rezilienței. Pentru început, să luăm în considerare cercetarea realizată de Kaufman *et al.* (1994) pe 56 de copii maltratați, cu vârste între 7 și 12 ani. În această cercetare, au fost reținute trei criterii pentru definirea rezilienței: competența socială, absența unei patologii (atestată de absența simptomelor) și reușita școlară. Dacă se consideră ca rezilienți copiii cu un nivel crescut de funcționare la cele trei criterii menționate, atunci numai 5% dintre copiii maltratați sunt rezilienți. Dimpotrivă, dacă se ține cont numai de un criteriu, procentajul de copii rezilienți variază de la 14% (pentru cei care sunt competenți pe plan social) la 27% (pentru cei care nu prezintă simptome) și ajunge la 38% (pentru copiii care reușesc pe plan școlar).

Într-o altă cercetare, Cicchetti *et al.* (1993) au comparat procentajele de rezilienți în două grupe de copii de 8-13 ani: unul constituit din maltratați, iar celălalt din nemaltratați, dar trăind în medii defavorizate. De data aceasta, echipa de cercetători a reținut șapte criterii pentru stabilirea statutului de copil rezilient: prezența comportamentelor prosociale (acte intenționale cu o consecință pozitivă pentru celălalt) și absența unor comportamente perturbatoare-agresive, a unor conduite de retragere, manifestări depresive, tulburări de internalizare/externalizare și dificultăți școlare (pe planul asiduității la cursuri și la purtare). Apoi, copiii au fost clasați pe niveluri de competență, potrivit numărului de criterii la care funcționarea le era considerată ca fiind bună (adică în treimea superioară). În subgrupa cu funcționare la nivel superior se aflau 18% din copiii maltratați și 22%

din copiii nemaltrataţi trăind în medii defavorizate. În subgrupa cu funcţionare la nivel scăzut, proporţia de copii maltrataţi (43%) era mult mai importantă decât aceea a copiilor din medii defavorizate, dar nemaltrataţi (26%). Să remarcăm şi că, dacă 22% din copiii maltrataţi nu atingeau nivelul superior la nici unul dintre cele şapte criterii considerate, cei mai mulţi puteau să fie consideraţi competenţi la cel puţin unul dintre indicii reţinuţi.

Flores *et al.* (2005) au examinat procentajul de rezilienţi printre 76 de copii maltrataţi şi 57 de copii latino-americani trăind în medii defavorizate. Vârsta medie a copiilor studiaţi în această cercetare era de 8,2 ani. Pentru a determina dacă era vorba despre reziliență, au fost reţinute nouă criterii: comportamentele prosociale şi de cooperare, agresivitatea şi bătăile, retragerea, comportamentele turbulente, timiditatea, tulburarea de internalizare şi de externalizare. Copiii au fost clasaţi ca având o funcţionare de nivel superior dacă nivelurile atinse pentru cel puţin şase criterii erau bune. Dimpotrivă, funcţionarea le era considerată de nivel scăzut dacă nivelul atins la un singur criteriu era bun sau dacă nivelurile atinse la ansamblul celor nouă criterii era scăzut. Rezultatele obţinute de către Flores şi colaboratorii săi arată că numai 9,2% din copiii maltrataţi puteau fi clasaţi ca având o funcţionare de nivel superior. Acest procentaj este în mod semnificativ mai mic decât acela evidenţiat pentru copiii nemaltrataţi din medii defavorizate (17,5%). În acelaşi timp, o proporţie semnificativ mai importantă (39,5%) de copii maltrataţi, comparativ cu copiii nemaltrataţi, apar ca având o funcţionare de nivel scăzut.

Rezultatele obţinute în cercetările prezentate arată că o proporţie scăzută sau moderată de copii maltrataţi — proporţie cuprinsă între 5 şi 38% — corespunde criteriilor de reziliență adoptate. Putem constata şi că funcţionarea rezilientă este în general mai rară la copiii maltrataţi comparativ cu copiii care au trăit alte adversităţi în mediul familial. Într-adevăr, Luthar *et al.* (2003) au arătat că proporţia de copii rezilienţi este de 35% printre aceia a căror mamă era toxicomană, iar Owens şi Shaw (2003) au demonstrat că 40% din copiii trăind în familii cu venituri mici erau rezilienţi. În primul caz, proporţiile de copii rezilienţi au fost stabilite pe baza unei consultaţii diagnostice psihiatrice şi, în cel de-al doilea, prin evaluarea adaptării şi a competenţelor sociale. Putem emite ipoteza că proporţia mai mică de copii rezilienţi printre copiii maltrataţi ţine de efectele cumulative ale

unor factori familiali de risc asupra adaptării copiilor (vezi, de exemplu, Appleyard *et al.*, 2005): maltratarea ar apărea în același timp cu factori de risc precum sărăcia, dependența și abuzul de substanțe și violența.

Cercetările lui Cicchetti *et al.* (1993), Kaufman *et al.* (1994) și Flores *et al.* (2005), prezentate mai sus, ne informează despre proporția de copii rezilienți așa cum poate fi ea constatată la un moment dat. Date complementare ne sunt oferite de unele studii longitudinale care ne informează despre stabilitatea rezilienței. Să luăm, ca exemplu, Studiul longitudinal Lehigh (Herrenkohl *et al.*, 1991, 1994) realizat pe subiecți abuzați și neglijați. Eșantionul de pornire era constituit din copii cu vârste între 18 luni și 6 ani, abuzați și/sau neglijați, comparat cu un eșantion de copii cu aceleași vârste, dar neabuzați și neneglijați. Acești copii au fost urmăriți până la adolescență. În timpul evaluării inițiale, copiii erau considerați ca reziliențI dacă obțineau scoruri ce-i situau printre cei mai buni 40% la trei componente (cognitivă/școlară, socială și emoțională) ale unei scale de funcționare adaptativă. Rezultatele obținute arată că 25 din 88 de copii reziliențI au fost maltratați. Proporția de copii reziliențI din totalitatea copiilor maltratați era de 13% (proporția pentru copiii nemaltratați nu este indicată). Studiul longitudinal arată că, la sfârșitul adolescenței, 61% din copiii maltratați reziliențI și-au obținut diploma de liceu sau încă urmau cursurile unei instituții de învățământ. Acest procentaj de 61% arată că, dacă se consideră că reziliența se definește prin continuarea și reușita studiilor, pentru 39% din subiecții percepuți ca reziliențI la început, este greu să se vorbească despre reziliență pe termen lung.

H. Factori de protecție

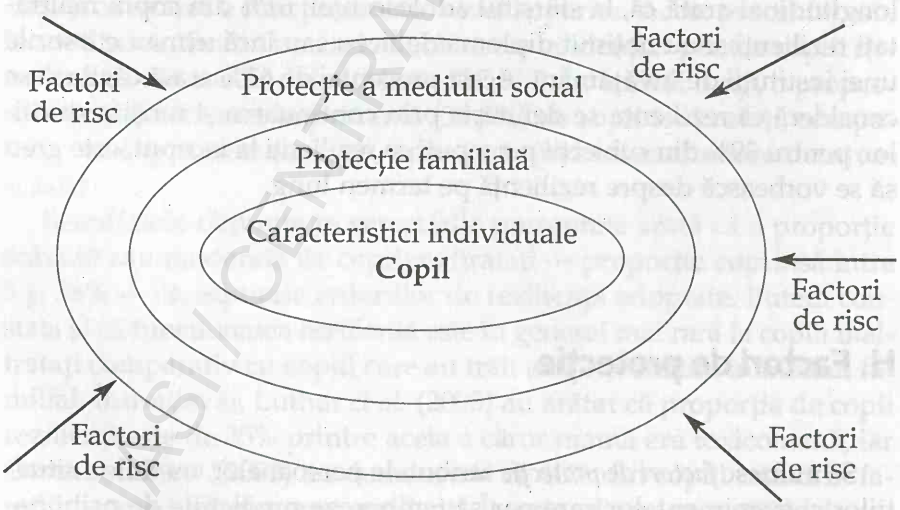
Se numesc *factori de protecție* atributele persoanelor, mediilor, situațiilor și evenimentelor care par să tempereze predicțiile de psihopatologie bazate pe un statut individual cu risc. Ei oferă o rezistență la risc. Termenul de factor de protecție este utilizat ca un termen generic pentru moderatorii riscului și adversității care ameliorează evoluția dezvoltării (Werner, 2000). Existența unor factori de protecție se

revelează în circumstanţe negative pe care tinerii trebuie să le înfrunte într-o perioadă (sau perioade) a dezvoltării lor. Studiile longitudinale arată că factorii de protecţie diferă în funcţie de vârstă. Evident, cel mai bine studiaţi sunt factorii de protecţie a copiilor cu risc.

Trei tipuri de variabile sunt identificate ca factori de protecţie posibili pentru copil (Garmezy, 1985): *a.* caracteristici biologice, psihologice şi socioafective ale copilului însuşi (de pildă, pe planul sănătăţii, al temperamentului, stimei de sine, nivelului de dezvoltare); *b.* caracteristici ale părinţilor, mediului familial şi interacţiunilor părinte-copil (disciplină, sprijin adus etc.); *c.* caracteristici ale mediului social (resurse disponibile, susţinere socială etc.).

Figura 1, ilustrează, bazându-se pe perspectiva ecosistemică, diferitele niveluri de protecţie care pot să acţioneze, la o persoană, la un moment dat al dezvoltării, în confruntarea cu unul sau mai mulţi factori de risc. Este important să nu se uite că intră în joc şi intensitatea riscului, care poate face ca eficienţa diferitelor straturi de protecţie prezente să fie caducă.

Fig. 1. — Abordare ecosistemică a factorilor de protecţie (Jourdan-Ionescu *et al.*, 1998)



Kimchi şi Schaffner (1990) prezintă un tablou al factorilor de protecţie împărţiţi în două mari categorii, factori individuali şi factori sociali (aceştia din urmă subdivizându-se la rândul lor în factori fami-

liali și factori de sprijin externi). Elemente de protecție vor permite reorientarea traiectoriei copilului în confruntarea cu riscul. În absența factorilor de protecție, copilul se poate afla în situație de eșec școlar, să prezinte probleme de sănătate mentală sau, într-un mod mai general, o dezvoltare problematică. Mulțumită factorilor de protecție, el poate fi sănătos sau chiar supradotat.

În funcție de mediul de origine al copilului, factorii eficienți nu sunt aceiași. Baldwin *et al.* (1993) arată că, pentru afectarea sănătății mentale, un alt fel de parentaj este necesar într-un mediu dezavantajat și într-un mediu avantajat.

Cercetarea factorilor de protecție a progresat în ultimul deceniu. A trecut de la identificarea anumitor factori de protecție statici asociați unei bune dezvoltări în situații stresante la un interes față de mecanismele complexe care duc la o rezolvare favorabilă în condiții de stres.

De fapt, regăsim aceleași trei tipuri de variabile — individuale, familiale și de mediu — atât pentru factorii de protecție, cât și pentru factorii de risc. De asemenea, este necesar să subliniem că factorii de protecție nu sunt neapărat inversul factorilor de risc; ceea ce îi caracterizează este intensitatea și rolul jucat în cadrul unei dinamici anume. Este posibil ca o variabilă ce poate fi văzută ca un factor de protecție să devină un factor de risc dacă se prezintă cu o intensitate extremă. De exemplu, un anumit grad de exigență în raport cu învățarea școlară poate, de obicei, să contribuie la desfășurarea de activități, desfășurare ce îi permite copilului să-și augmenteze competențele. Dimpotrivă, dacă acest nivel de exigență devine exagerat, el va da naștere unui stres care va provoca mai degrabă o demobilizare, un dezinteres față de învățarea școlară și un eșec. Mai mult, să menționăm că ceea ce ar putea să fie o exigență exagerată pentru un copil anume nu va fi astfel pentru un altul. Gradul de intensitate a unui factor, dar și modalitatea sa de interacțiune cu alți factori pot determina, în mai multe cazuri, calitatea de factor de risc sau de protecție. Calitatea de protecție a unui eveniment dat pare, așadar, să fie determinată de contextul care încadrează acest eveniment (Masten și Coatsworth, 1995). Această concepție interactivă și tranzacțională a fost propusă de câțiva autori (Egeland *et al.*, 1993; Jourdan-Ionescu *et al.*, 1998; Luthar și Zigler, 1991; Rutter *et al.*, 1990), dar mecanismele și efectele interacțiunii sunt încă puțin cunoscute. Studiul factorilor care contribuie la menținerea echilibrului și a bunei evoluții a dezvoltării

ar trebui să fie considerat la fel de important ca studiul factorilor care contribuie la perturbarea lor. Factorii de risc și factorii de protecție constituie o inseparabilă diadă și trebuie să fie avuți în vedere în mod combinat dacă vrem să înțelegem mai bine dinamismul dezvoltării copilului.

Rutter (1987) arată că protecția sau riscul nu este o calitate în sine a factorului însuși, ci mai degrabă a felului în care factorul în chestiune interacționează cu ceilalți factori. În absența unor factori de stres, unii factori de protecție sau de risc luați ca atare nu au nici un impact. Se poate chiar spune că factorii de protecție pot să fie ineficienți, deoarece nu sunt folosiți. Copiii care nu au trecut prin experiența anumitor greutăți vor fi, mai târziu în viață, vulnerabili, ca și aceia care trăiesc un stres excesiv. „Suișurile" și „coborâșurile" vieții le oferă copiilor oportunități de imunizare, așa cum experiențele precoce de răceală și de infecții banale construiesc sistemul imunitar. Dacă se dorește ca acești copii cu risc să fie rezilienți, este necesar să fie înarmați, punându-i să-și exercite factorii de protecție.

Tabelul 1 prezintă câteva exemple de factori de protecție utilizați în cercetarea întreprinsă pe copiii mici (vârstă medie de trei ani și șase luni) ajunși la un departament de intervenție precoce (Jourdan-Ionescu *et al.*, 1998).

Tabelul 1. — *Exemple de factori de protecție selecționați pentru copiii mici (Jourdan-Ionescu* et al., *1998)*

Caracteristici ale copilului

- capacități intelectuale superioare (așa cum sunt ele măsurate de un test de inteligență ori surprinse în timpul unei consultații cu un specialist care îl cunoaște bine pe copil);
- bune deprinderi sociale (copilul are o mare ușurință să intre în contact cu ceilalți, copii și adulți. Este capabil și să mențină relațiile bune);
- stimă de sine pozitivă (copilul demonstrează o mare încredere în sine și manifestă siguranță în comportament).

Caracteristici referitoare la părinți

- structură educativă adecvată (părinții care aplică norme clare și apropriate vârstei și capacităților copilului);
- interacțiuni pozitive cu copilul (părinții trăiesc momente agreabile cu propriul copil făcând împreună unele activități, având sau pur și simplu îm-

părtășind cu el momente plăcute cotidiene, ca mâncatul împreună, privitul la televizor împreună etc.);
- climatul familial călduros (ambianță agreabilă în familie, schimburi în general afectuoase).

Caracteristici ale mediului copilului

- prezența unei bogate rețele sociale de copii de-aceeași vârstă (măsurată de numărul de copii pe care copilul îi frecventează: prieteni, vecini, colegi de la creșă sau grădiniță, copii dintre rude);
- adult semnificativ în mediul copilului (copilul vede în mod regulat un alt adult în afara părinților. Această relație îi aduce sprijin și îi este utilă);
- ajutor adus părinților prin educația copilului lor (părinții au cu ușurință acces la ajutor — oferit de bunici, ceilalți membri ai familiei extinse, prieteni, vecini, colegi — pentru a-i susține în rolul parental).

Să luăm acum în considerare cazul factorilor de protecție implicați într-o situație anume, încetarea transmiterii intergenerationale a maltratării. Această transmitere se referă la credința, încă foarte răspândită, că un copil maltratat va deveni un părinte care maltratează. De fapt, este vorba despre o opinie greșită, întărită de faptul că terapeuții și asistenții sociali nu intervin decât în cazul unor persoane care au probleme. Mai precis, acești profesioniști primesc copii maltratați de către persoane care la fel au fost și ele în copilărie. Dimpotrivă, nu intră în contact cu aceia care n-au devenit părinți care maltratează.

Studiile longitudinale disponibile arată că o proporție relativ mică de copii maltratați se transformă în părinți care maltratează. Să luăm, ca exemplu, cercetarea deja veche a lui Hunter și Kilstrom (1979), realizată pe 282 de părinți. Din acest număr, 49 de părinți fuseseră maltratați. Un an mai târziu, Hunter și Kilstrom constată că 10 copii din eșantionul de 282 de părinți fuseseră maltratați. Nouă dintre acești zece copii aveau niște părinți care fuseseră la rândul lor maltratați în copilărie. Dacă se ia în considerare numai această informație, atunci se poate afirma că 90% dintre copiii maltratați devin părinți care maltratează. Dimpotrivă, dacă situarea se realizează în contextul longitudinal al cercetării, atunci 9 din 49 de părinți maltratați în copilărie au devenit părinți care maltratează. Din această perspectivă, proporția este mult mai mică, 18%. Alte cercetări, ulterioare, conduc la rezultate care relativizează și ele credința în transmiterea intergenerațională a maltratării.

Care sunt atunci factorii de protecţie care explică încetarea transmiterii intergeneraţionale a maltratării? Egeland şi colaboratorii au realizat, începând din 1975, la Universitatea din Minnesota, un studiu longitudinal intitulat *Proiect mamă-copil* (Egeland *et al.*, 2002) care arată că mamele ce spărseseră ciclul maltratării erau foarte conştiente şi-şi aminteau cu precizie de trecutul lor de maltratare, pe care îl evocau cu multă emoţie. Recunoşteau efectele pe care maltratarea îndurată le avusese asupra lor, dar şi efectele potenţiale asupra propriilor comportamente în calitate de mame. Vorbeau cu uşurinţă despre modul în care doreau să-şi crească micuţii.

Bernazzani (2001) insistă asupra capacităţii de a menţine o *funcţie reflexivă adecvată*, ceea ce trimite la o capacitate de a interpreta atitudinile semenului şi pe cele proprii în funcţie de o înţelegere a stărilor emoţionale. „Această funcţie reflexivă permite o înţelegere a propriei persoane şi a semenului care trece dincolo de comportamentele aparente şi care ia în considerare emoţiile, credinţele şi aşteptările nonverbalizate care susţin aceste comportamente" (Bernazzani, 2001, p. 123). Achiziţia unei funcţii reflexive solide este legată de capacitatea de a diferenţia realitatea interioară de realitatea exterioară şi îi permite copilului şi viitorului adult să dea un sens comportamentului celuilalt care devin astfel mai previzibile şi mai puţin greu de controlat pe plan emoţional şi comportamental (Fonagy, 1998).

Lecomte (2004) insistă asupra rolului protector al deciziei de a face exact pe dos faţă de părinţi. Acest factor, pe care el îl desemnează ca un contramodelaj, are ca punct de pornire decizia luată de tânăr, la un moment dat al evoluţiei sale personale, de a adopta un comportament invers celui al părinţilor atunci când el însuşi va fi părinte.

Factorii de mediu care protejează împotriva transmiterii intergeneraţionale a maltratării sunt centraţi pe calitatea relaţiilor interpersonale şi pe susţinerea actuală şi anterioară primită. Pornind de la lucrările publicate, Bernazzani (2001) raportează că mamele victimizate care destramă cercul abuzului sunt mai susceptibile decât mamele abuzive să prezinte: *a.* trăirea actuală a unei relaţii conjugale satisfăcătoare, de susţinere; *b.* prezenţa unei reţele sociale care oferă un sprijin adecvat; *c.* un tratament psihoterapeutic în adolescenţă sau la vârsta adultă şi/sau prezenţa, în copilărie, a unei rude care a oferit un sprijin semnificativ pe plan afectiv, în ciuda contextului de adversitate.

I. Conceptul de reziliență „asistată"

După o perioadă consacrată studiului procesului care face ca anumite persoane să se dovedească reziliente, cercetătorii și practicienii au avut în vedere utilizarea, în practica clinică, a cunoștințelor astfel obținute. De aproximativ zece ani încoace, s-a schițat în felul acesta o nouă perspectivă în intervenție, perspectivă desemnată ca aceea a *rezilienței asistate* (Ionescu, 2004). Dacă reziliența „naturală" constituie un proces care se derulează fără intervenția specialiștilor din sănătatea mentală, apariția rezilienței asistate inaugurează un nou stil de lucru, foarte diferit de acela întâlnit în practica clinică „clasică" unde atenția este în esență îndreptată spre evidențierea disfuncțiilor, tulburărilor și handicapurilor care rezultă de aici.

Reziliența asistată poate să fie definită printr-o serie de caracteristici:

a / evidențierea și dezvoltarea potențialităților persoanelor cu risc. Accentul este astfel pus pe o serie de factori psihologici cunoscuți ca facilitatori ai rezilienței (stimă de sine, capacitate de a suscita simpatie, imagine de sine pozitivă, sentimente de control asupra vieții, creativitate, umor etc.);

b / depistarea resurselor existente în anturajul persoanei (de exemplu, adulți care pot să exercite rolul de tutori în reziliență, persoane care pot să mențină, pe o perioadă îndelungată, legături semnificative și empatice cu persoana respectivă sau chiar o rețea de susținere care să contribuie la crearea unui cadru securizant și comprehensiv, o adevărată „plasă" de protecție;

c / implementarea unor programe de prevenire. Potrivit lui Wenar și Kerig (2000), pot fi descrise trei forme de prevenire: 1 / prevenirea *primară* care vizează prevenirea apariției tulburărilor; 2 / prevenirea *secundară*, centrată pe identificarea precoce a primelor manifestări ale tulburărilor, care vizează oprirea dezvoltării lor înaintea instalării simptomelor ce caracterizează forma completă a acestor tulburări; 3 / prevenirea *terțiară*, care are ca obiectiv împiedicarea agravării sau reapariției tulburărilor (în acest din urmă caz, este vorba despre prevenirea recidivelor). Astfel concepută, prevenirea terțiară vizează diminuarea duratei tulburărilor și a consecințelor acestora;

d / acționarea unei strategii de intervenție de tip maieutic (adică pornind de la metoda prin care Socrate, fiu de moașă, spunea că mințile pot fi făcute să dea naștere gândurilor pe care le conțin fără să știe). Este vorba aici despre înlocuirea caracterului adesea directiv, constrângător, intruziv chiar al intervențiilor printr-o adevărată acompaniere care, facilitând actualizarea competențelor persoanei și utilizarea lor în scopul confruntării adversității, șlefuiește reziliența.

J. Un tip de intervenție de tip *reziliență asistată*

Schimbările socioculturale ale ultimelor decenii au determinat o eroziune a susținerii naturale, mai ales din pricina îndepărtării familiilor de origine și micșorarea dimensiunii lor, a mutărilor legate de frecventele despărțiri, a preponderenței acordate hobby-urilor (călătorii, activități socioculturale etc.) în raport cu întâlnirile familiale și sociale. Pentru familiile cu risc, această eroziune a susținerii sociale trebuie să fie compensată de susținerea organizată. În cazul familiilor în care maltratarea este cronic instalată, o concepție ecosistemică a intervenției sugerează ajutarea întregii familii printr-o combinație de intervenție, precum terapia individuală, o terapie de cuplu pentru părinți, stimulare precoce pentru copiii mici și numirea unor tutori de reziliență. Această ultimă intervenție, numită *Familie sprijin*, a fost dezvoltată în cadrul Programului de ajutor personal, familial și comunitar care se adresează familiilor neglijente față de propriul copil de vârstă preșcolară (Palacio-Quintin *et al.*, 1991, Palacio-Quintin *et al.*, 1995; Jourdan-Ionescu și Desaulniers, 1999).

Obiectul intervenției Familie sprijin este dezvoltarea rezilienței copilului și a familiei în confruntarea cu riscul de recurență a maltratării și cu consecințele maltratării suferite de copil. Cum intervenția Familie sprijin se desfășoară în mediul natural al copilului, ea permite evitarea plasării acestuia într-o familie adoptivă. Concret, o familie sprijin este combinată cu o familie țintă, aceasta devine atunci disponibilă pentru a-i aduce sprijin afectiv, respect, susținere instrumentală și informativă, ca și ajutor pentru dezvoltarea rețelei sale de resurse.

Pentru aceste familii izolate din punct de vedere social și foarte neîncrezătoare (din cauza numeroaselor eșecuri relaționale), dezvoltarea unei legături este esențială. Familia sprijin trebuie, prin urmare, să realizeze o activitate de o jumătate de zi pe săptămână, să păstreze contactul prin comunicări telefonice regulate și să adauge, la nevoie, întâlniri (în caz de criză).

Psihologul este răspunzător de evaluarea prealabilă a situației și de construirea intervenției în parteneriat cu echipa clinică. El formează și familiile sprijin și le supervizează în supravegherea intervenției. Costul acestei tehnici de intervenție nu este foarte mare în comparație cu costul social al recurenței maltratării, al plasării copiilor și al efectelor maltratării asupra copiilor.

Această intervenție este bazată pe dezvoltarea unor factori de protecție în cadrul unui program individualizat de intervenție preventivă, luând în calcul diferitele medii de viață ale copilului și realizat în parteneriat. Într-adevăr, alăturarea unor nespecialiști (părinții familiei sprijin) — pregătiți în prealabil și supervizați în mod regulat — la o echipă de profesioniști permite vizarea rezilienței asistate.

Ne pare esențial să favorizăm „acordajul"[44] între persoanele implicate în acest tip de intervenție. Acest proces de ajustare reciprocă între profesioniști, nespecialiștii implicați și persoanele vizate de intervenție pare de o extremă însemnătate. Acordajul este favorizat mulțumită supravegherii supervizorului (psiholog clinician care are experiență cu familiile defavorizate) care îl susține pe nespecialist. În timpul primelor săptămâni, de exemplu, supervizarea permite evitarea problemei legate de precipitarea în propuneri intruzive și pune accentul pe indicii de instalare a legăturilor dintre familia sprijin și familia țintă. Este necesar să fie luați în considerare și diferiții parteneri implicați în programul de intervenție. Ei trebuie să aibă prilejul să înțeleagă cât mai bine filosofia intervenției folosite și obiectivele legate de reziliență. Conceptul de abilitare (Dunst *et al.*, 1988; Dunst și Paget, 1991) este central în această filosofie, deoarece orice intervenție trebuie să comporte o parte de responsabilizare a individului care primește respectiva intervenție. Factorii de protecție care trebuie dezvoltați sunt conștiința propriilor forțe și limite, importanța prevenirii și aproprierea consecințelor propriilor comportamente.

---

44 Termen preluat de la Daniel Stern (1989, 2000) care l-a utilizat pentru a descrie mișcările reciproce de îmblânzire efectuate de către mamă și nou-născut pentru a se adapta unul altuia.

Trei elemente terapeutice sunt subiacente acestei strategii de intervenție:

- Posibilitatea interiorizării unor *modele multiple de identificare apropriate* (modelul unei familii funcționale, al unor părinți care implementează un cadru educativ, al unor membri ai unui cuplu care se ajută reciproc și al unor copii care se joacă și nu trebuie să-și asume responsabilități de adult). Aceste identificări sunt importante pentru favorizarea procesului de apropriere a unor obiective și strategii de intervenție la părinții care maltratează (ameliorarea igienei și a alimentației, cadru educativ mai potrivit cu vârsta copilului etc.) și pentru copiii lor (model de părinți care oferă un cadru educativ clar și liniștitor și perioade de apropieri afectuoase). Aceste modele de identificare sunt cu atât mai importante, cu cât membrii anturajului lor nu pot constitui modele adecvate (de exemplu, bunicii care nu s-au jucat niciodată cu părinții atunci când aceștia erau copii).
- *Accesul la diferite forme de susținere* disponibile cotidian (susținere pentru adoptarea unui ritm de viață normal cu ore de somn regulate, mese echilibrate și după un program rezonabil; pentru ameliorarea igienei personale și regularitatea spălării rufelor și a vaselor; pentru favorizarea accesului la resursele de sănătate și de servicii sociale existente etc.). Această susținere poate fi adusă în mod concret (la început, „făcând împreună", pentru a-i îngădui, de pildă, mamei să învețe să planifice pregătirea meselor unei zile; părinților să participe la o activitate agreabilă împreună cu copiii lor) sau la distanță (întărire și valorizare telefonice ale reușitelor; amintirea unor lucruri ce nu trebuie uitate; supervizare punctuală, o dată pe săptămână, a progreselor asistării copiilor la teme).
- *Supervizarea profesională* a muncii realizate de nespecialiști este efectuată de supervizorul clinic care îi orientează pe membrii familiei sprijin spre obiectivele terapeutice cele mai importante și care pot fi atinse.

Intervenția Familie sprijin favorizează dezvoltarea factorilor de protecție individuali, familiali și de mediu ai membrilor familiei care maltratează (tabel 2). Se constată că reziliența asistată este acționată de dezvoltarea factorilor de protecție mulțumită muncii asidue a familiilor sprijin. Această muncă este complementară celei a echipei de interven-

ție specializate. Cu condiția ca aceste intervenții să fie individualizate, supervizate și oferite pe termen lung, intervenția familia sprijin este apropriată pentru a permite unor familii neglijente cronic să beneficieze de susținere pentru a dezvolta capacități de reziliență asistată.

Tabel 2. — *Factori de protecție vizați de* Familia sprijin

Factori de protecție	*Intervenție Familie sprijin*
INDIVIDUALI	• creștere a stimei de sine a copilului (prin privire și valorizare exercitată la început de familia sprijin, apoi de părinții înșiși) • ameliorare a deprinderilor sociale ale copilului (prin participarea la diverse activități și prin identificarea cu copiii familiei sprijin) • creștere a capacităților de rezolvare a problemelor (familia sprijin încurajează copilul să utilizeze, în confruntarea cu problemele întâlnite, o strategie de rezolvare de probleme) • în paralel, creșterea stimei de sine, a deprinderilor sociale și a capacităților de rezolvare a problemelor ale celorlalți membri ai familiei (părinți care maltratează și frați)
FAMILIALI	• creștere a stimei de sine parentale (părinții care maltratează simt acum că ei controlează educația propriilor copii mulțumită considerarei și valorizării care provin de la familia sprijin) • ameliorare a ambianței familiale (cu mai puține conflicte și crize, prin posibilitatea de a face apel la un terț — membru al familiei sprijin — când apare o problemă, participare la activități familiale agreabile încurajate de familia sprijin) • structură educativă mai adecvată (coerență a atitudinilor parentale, reguli fixate și adaptate vârstei copilului, învățare regulată și întărită prin cuvinte de apreciere)
DE MEDIU	• prezența unor modele de identificare pentru copii (copiii familiei sprijin) • prezența unui adult semnificativ pentru copil (de cele mai multe ori mama din familia sprijin) și a unui model parental adecvat (părinții din familia sprijin) •prezența unor adulți semnificativi pentru părinți (părinții din familia sprijin) • mărirea rețelei sociale a părinților (începând prin familia de sprijin care nu-i părăsește niciodată, îmbogățindu-se prin

Factori de protecție	*Intervenție Familie sprijin*
	alte persoane pe care pot să le frecventeze acum când și-au recâștigat încrederea în relațiile interpersonale) • ajutor adus de către familia sprijin părinților pentru ameliorarea cadrului educativ al copiilor lor • o mai bună utilizare a resurselor existente (pe planul sănătății, a serviciilor școlare, municipale, de timp liber etc.)

Informațiile oferite în acest capitol permit formularea mai multor concluzii:

- prezența unor factori de risc nu conduce în mod inexorabil la apariția unei forme de psihopatologie;
- riscul trebuie să fie conceput ca un concept probabilist care ne invită să reflectăm la cele mai bune strategii preventive;
- balanța dinamică a factorilor de risc și de protecție va orienta procesul spre psihopatologie sau reziliență;
- reziliența nu este numai o contribuție teoretică majoră. Ea prefigurează, sub forma „rezilienței asistate", o transformare majoră a practicii clinice.

LECTURI RECOMANDATE

Cyrulnik, B. & Duval, P. (2006), *Psychanalyse et résilience*, Paris, Odile Jacob.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PARTEA A TREIA
METODOLOGIE

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

6. Tehnicile consultației

de Marie-Carmen Castillo

Prima parte: definirea consultației clinice, reflecții și folosirea sa

A. Introducere

Consultația constituie principalul instrument al psihologului. Datorită acestui fapt, ocupă o parte deloc neglijabilă în predarea psihologiei la universitate. Psihologul dispune de un anumit număr de instrumente, precum chestionarele, testele și scalele. Totuși, folosirea lor se face întotdeauna în cadrul unei consultații, al cărei principiu fundamental se bazează pe schimbul verbal. În cursul consultației, se leagă relații interpersonale complexe și subtile prin intermediul „jocurilor" de limbaj. Prin aceasta, cunoașterea diferiților parametri și tehnici ai acestei situații de comunicare se dovedește esențială pentru psihologi.

După ce, la început, am definit în mod general consultația clinică și diferitele sale modalități, vom trece acum în revistă dimensiunile care susțin relația clinică și ne vom ocupa de conducerea consultației, prin abordarea diverselor tehnici de relansare a discursului. Am vrut mai apoi să propunem o reflecție referitoare la problemele ce pot apărea în cadrul consultației, pentru a sublinia importanța luării în calcul, dar și complexitatea gestionării elementelor descrise mai sus. Într-adevăr, descrierea tehnicilor de consultație nu echivalează cu oferirea unor rețete și dorim să subliniem fragilitatea și complexitatea situației de consultație clinică. În sfârșit, într-o ultimă parte, vom da câteva elemente de analiză a datelor clinice.

BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Consultația clinică este specifică prin faptul că este centrată pe evaluarea și, de foarte multe ori, pe relația de ajutor sau de îngrijire. Psihologul clinician își este lui însuși propriul instrument; lucrează *în*, *prin* și *pe* relație. Comparată cu anumite consultații cu alți specialiști din domeniul sănătății mentale (asistenți sociali, medici), consultația cu un psiholog clinician nu vizează căutarea unei soluții imediate. Psihologul nu are putere de decizie, de exemplu, în ceea ce privește un tratament medicamentos sau ieșirea din spital. Acest context îi permite unui subiect să abordeze o problemă fără nici o constrângere. Înainte de toate, psihologul pune în lumină starea clinică a pacientului și detresa pe care o exprimă acesta. Cooperarea este fundamentul acestei relații. Ghiglione (1986) a arătat că orice interacțiune își are originea într-un contract tacit care-i leagă pe protagoniștii interacțiunii în jurul respectării anumitor principii.

Desfășurarea unei consultații, forma și structurarea sa depind de obiectivele vizate. Orice consultație clinică răspunde dublului obiectiv de înțelegere (a unei stări clinice, a unei problematici, a unei cereri etc.) și de elaborare împreună cu pacientul a îngrijirii (propunere de modalități de întâlniri, de exemplu). În ceea ce privește consultația clinică de cercetare, obiectivul este producerea unui discurs în funcție de unele teme sau ipoteze predefinite.

B. Două paradoxuri

I. Să îndemni la discurs fără să constrângi

Obiectivul principal al consultației este producerea unei verbalizări, a unui discurs. Acest obiectiv trebuie să fie îndeplinit limitându-se la maxim orientarea acestei verbalizări. Or, să îndemni la discurs fără să constrângi este o activitate cel puțin delicată. Așa cum vom vedea, această activitate este supusă unor efecte contextuale și comunicaționale.

II. Asimetria

Al doilea paradox este ideea de asimetrie subliniată de mai mulți autori (Chiland, 1997; Blanchet, 1991), căci plasează pacientul într-o situație neobișnuită. În viața de zi cu zi, atunci când există un schimb cu celălalt (dialog, conversație), poziția locutorilor este identică. Or, ea nu este astfel în consultația clinică: în primul rând, pacientul efectuează un demers personal, pe când psihologul se situează într-un demers profesional. Mai mult, locutorul este invitat să-și ofere reprezentările despre lume, în timp ce intervievatorul sau clinicianul produce mai ales comentarii și relansări fără să-și dea propriile reprezentări: „Locutorul care are, în mod contractual, posibilitatea de a se exprima într-un dialog fără să fie contrazis sau judecat explicit de către auditor se gândește necesarmente că interlocutorul ascultă ce spune, îl interpretează, îl evaluează, îl judecă [...]. Intervievatul este confruntat cu o sarcină dificilă: trebuie să construiască un discurs pertinent, deși anumite cunoștințe pe care ar putea să le împărtășească intervievatorului sunt menținute, curios, sub tăcere" (Blanchet, 1991, p. 15).

Consultația clinică reprezintă o situație de asimetrie în care interlocutorii ocupă poziții inegale: unul vorbește, celălalt ascultă; pacientul solicită un specialist de la care așteaptă un răspuns sau o soluție. Expresia „se presupune că știe" auzită adesea trimite la reprezentările pe care un pacient le are despre psiholog și pe care le-am putea formula după cum urmează: „Sunt aici pentru că sufăr, pentru că nu am soluție la această suferință și pentru că presupun că știți ce să cred despre această stare a mea și ce să fac în asemenea caz". Această situație de asimetrie induce comportamente și gânduri specifice: „Particularitatea acestei situații activează un proces de interpretare de către cel intervievat a replicilor laconice ale intervievatorului și, în consecință, induce strategii de ajustare și de reglare a discursului" (Blanchet, *ibid.*). De exemplu, subiecții fac inferențe referitoare la gândurile interlocutorului: „Nu zice nimic, așa că ceea ce spun nu e ceea ce așteaptă el sau ceea ce spun nu e bine". Ei pot atunci să-și modifice conținutul discursului.

C. Diferitele obiective ale consultației clinice

Relația de ajutor care constituie consultația clinică se declină în funcție de diverse obiective sau activități și contexte de tratament.

I. Consultația clinică

În primul rând, să precizăm că activitatea de diagnostic poate fi considerată ca un soi de reflex profesional care vizează să organizeze conținutul clinic al consultației. Este vorba să se i atribuie pacientului niște caracteristici sau, dimpotrivă, să fie despovărat de acestea; un clinician face o serie de ipoteze referitoare la problematică și interpretează semnele clinice ale unui pacient în funcție de o nosografie. El are o lectură clinică a tulburărilor psihopatologice sau a suferinței, după un referent teoretic principal (psihanaliză, sistemie, teorie cognitivă...). Alegerea acestor categorii de referință depinde de alegerea teoretică a clinicianului[1]. Lucrul acesta nu înseamnă totuși că psihologul își operaționalizează diagnosticul. Cu toate acestea, activitatea diagnostică poate constitui esențialul consultației. Aceasta din urmă constă atunci în explorarea problematicii subiective a pacientului, după un ghid de inferență dat, de exemplu, DSM-IV. În anumite contexte (neuropsihologie), consultația diagnostică vizează evaluarea acuzei subiectului, apoi a funcțiilor cognitive (memorie, atenție, limbaj) sau a prezenței unei patologii psihice asociate patologiei neurologice, depresia, de pildă. Consultația exclusiv centrată pe diagnostic este de cele mai multe ori realizată în cadrul unei instituții și cerută de echipa sau medicul curant în scopul obținerii, din partea psihologului, a unei perspective psihopatologice ori a unor informații suplimentare susceptibile să ajute la tratament sau la orientarea terapeutică a pacientului. Consultațiile diagnostice utilizează diverse suporturi (teste, scale).

---

1 Vezi în această privință lucrarea lui Ș. Ionescu, *14 abordări în psihopatologie* (ediția românească a fost publicată de Editura Polirom, Iași, 2006 — (*N. t.*).

BCU LIBRARY UNIVERSITY

II. Consultația de susținere

Are ca obiectiv să-l ajute pe pacient în exprimarea și înțelegerea unei dificultăți anume. Constituie un ajutor psihologic și nu duce în mod automat la o indicație de psihoterapie. De exemplu, poate fi vorba despre analizarea, împreună cu pacientul, a unei situații provocatoare de detresă, precum o spitalizare sau descoperirea unei maladii somatice. Acest tip de consultație are loc adesea în cadrul unui dispozitiv de îngrijire care implică o echipă medicală. Psihologul vine atunci să-l solicite pe pacient și să-i propună una sau mai multe întâlniri punctuale.

III. Consultația terapeutică

Are ca obiectiv general modificarea poziției psihice a pacientului în privința unei situații sau a unor elemente care provoacă detresă și suferință. Această modificare poate să ia mai multe forme: remaniere a modului de gândire și a comportamentelor, înlăturare a simptomelor... Desfășurarea și dispozitivul consultațiilor terapeutice depind de teoriile psihologice la care aderă psihologul. Oferim trei asemenea exemple: în consultația din terapia comportamentală și cognitivă, accentul este pus pe simptome și schemele de gândire care susțin aceste simptome (Mirabel-Sarron și Vera, 1995). Pacienților li se dă un anumit număr de sarcini ce trebuie îndeplinite de la o ședință la alta, de pildă, să țină evidența survenirii simptomului de care se plâng, a contextului său de apariție, a gândurilor și emoțiilor ce-i sunt atunci asociate. În ședințele de terapie familială, terapeutul sau terapeuții se ocupă de locul fiecăruia în cadrul unui sistem, căci ei consideră că relațiile dintre membrii acestui sistem determină o disfuncție. Această abordare se bazează pe o teorie a rolurilor. De cele mai multe ori, ședințele sunt filmate, iar alți coterapeuți pot să urmărească ședința din spatele unei oglinzi oarbe. Bineînțeles că acest dispozitiv este supus acordului grupului familial. În ședințele de etnopsihiatrie, un grup de coterapeuți are în vedere conținuturi culturale susceptibile să explice simptomul. În consultația psihanalitică, terapeutul este interesat de conținuturile inconștiente în raport cu copilăria pacientului.

Dispozitivul se bazează pe aplicarea a două reguli principale: asocierea liberă și interpretarea, situându-se în dimensiunea fundamentală a transferului. Analistul trebuie să comunice printr-un act de vorbire (interpretare) ipoteza pe care a construit-o în legătură cu intenționalitatea inconștientă identificată în cuvintele pacientului (Widlöcher și Hardy-Baylé, 1990).

Punctul comun al tuturor acestor abordări rezidă în ceea ce s-ar putea numi „punerea în sens" a simptomelor. Toate teoriile psihopatologice împărtășesc ideea că un simptom înseamnă ceva, dar că este trăit de către pacienți ca un element care vine să le perturbe funcționarea și să le provoace suferință și mai ales neînțelegere. Efortul terapeutic constă, așadar, în înlocuirea simptomului în cadrul unei dinamici semnificante, indiferent dacă aceasta este de ordinul istoriei personale sau colective. Ar fi greșit dacă diferitele tipuri de terapie ar fi considerate ca fiind radical opuse unele altora. Pe de o parte, diferitele abordări se susțin și se îmbogățesc mutual, iar pe de alta, starea clinică, cererea pacientului au nevoie adesea de terapeutici diferite. Într-adevăr, un singur tip de terapie nu poate să pretindă să îngrijească ansamblul tulburărilor psihopatologice. Anumite dispozitive terapeutice se dovedesc mai indicate pentru anumite tipuri de tulburări, de exemplu, terapiile cognitive și comportamentale și-au dovedit eficacitatea pentru unele tulburări precum fobiile, dar par mai puțin indicate pentru tulburările de personalitate mai difuze. Oferirea de îngrijire psihologică trebuie să fie deci adaptată tipului de patologie. Oricare ar fi tipul de terapie utilizată, procesul terapeutic se bazează pe dimensiuni similare, ca empatia, alianța terapeutică, căutarea unui sens (Lecomte *et al.*, 1990).

IV. Consultația clinică de cercetare

Are ca obiectiv producerea unui discurs continuu și structurat pe o temă definită în cadrul unei cercetări. Aceasta îl determină pe cercetător să emită niște ipoteze pe care le va testa în cadrul populației care îl interesează. Acest demers implică faptul ca cercetătorul să solicite un anumit număr de subiecți. Consultația de cercetare urmărește un obiectiv paradoxal: este vorba despre accederea la niște cunoștințe generale pornind de la colecția unor consultații particulare.

BUCUREȘTI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Analiza datelor ține atunci de un demers comparativ. Consultațiile de cercetare vizează verificarea ipotezelor, validarea unui câmp de cercetare, aprofundarea unor teme sau explorarea unui domeniu puțin studiat până atunci. Lucrul acesta implică o orientare a consultației dată de inițiativa cercetătorului. Acesta construiește *a priori* un anumit număr de categorii și privește cum fiecare subiect intervievat se poziționează în raport cu aceste categorii, ce reprezentări dezvăluie. În acest caz, câteva constrângeri îi sunt impuse cercetătorului: mai întâi, definirea unei populații (criterii de incluziune și de excluziune); apoi, elaborarea unui ghid de consultație care să implice luarea în calcul a tuturor temelor considerate importante și, în sfârșit, conceperea intervențiilor consultației de cercetare. Într-adevăr, consemnul și replicile trebuie spuse în același mod tuturor subiecților. De exemplu, cercetătorul le va aplica tuturor subiecților replica: „Puteți să-mi spuneți mai mult?" fără să schimbe formularea.

V. Ghidul de consultație

Ghidul de consultație este, într-o oarecare măsură, un sistem de filtraj care predetermină temele abordate în consultație. Prin urmare, clinicianul are în vedere *a priori* datele pe care dorește să le culeagă. În acest scop, elaborează categorii și definește indici. O categorie poate fi definită ca o unitate de sens care prezidează la gruparea mai multor observabile. Metodologia constă în descrierea într-un mod exhaustiv a tuturor observabilelor luate în calcul și în explicitarea criteriilor de categorizare și de recenzare a acestor indici. Două categorii învecinate trebuie să fie diferite. O observabilă trebuie să nu poată fi clasată decât într-o singură categorie. Observabilele dintr-o categorie trebuie să fie omogene. Categoriile trebuie să fie exhaustive (să cuprindă fiecare dimensiune a problemei tratate). Numărul de categorii ce trebuie luate în calcul depinde de problema abordată și de ipotezele enunțate. Într-o primă etapă, poate să fie necesară multiplicarea categoriilor dintr-o grijă de fină discriminare și de exhaustivitate, chiar și cu riscul fuzionării ulterioare a mai multor categorii pentru lucrarea definitivă. Iată de ce este adesea nevoie să se realizeze câteva consultații exploratorii înaintea elaborării ghidului de consultație definitiv.

Pentru a fi mereu pertinent în raport cu ipotezele enunțate, cercetătorul trebuie să respecte cadrul predefinit al temelor și să ghideze, așadar, consultația, rămânând în același timp suficient de deschis pentru a-i permite intervievatului să se exprime liber și cu toată încrederea. Altfel spus, cercetătorul speră să obțină răspunsuri care să se înscrie în sensul ipotezelor sale, impunându-și totodată o atitudine de neutralitate binevoitoare.

D. Deontologia

Dorim să atragem atenția psihologilor în formare asupra contextului actual de întărire a protecției și drepturilor persoanei. Vom aminti pe scurt legea din 4 martie 2002 cu privire la drepturile bolnavilor, care obligă la informarea pacientului despre maladia sa și despre tratamentul pe care aceasta o implică: „Minorii sau majorii sub tutelă au dreptul de a primi ei înșiși o informare și de a participa la luarea deciziei care îi privește, într-un mod adaptat fie gradului lor de maturitate atunci când este vorba despre minori, fie facultăților lor de discernământ atunci când este vorba despre majorii sub tutelă" (art. L. 1111-2)[2]. Pacientul are dreptul să-și consulte dosarul medical. Deși această lege îi privește mai cu seamă pe medici, psihologii le sunt de fapt asociați în cadrul unei echipe de îngrijire și trebuie măcar să ia act de această reorganizare a raportului medic–bolnav. Clinicianul se raportează la codul deontologic care reglementează profesia de psiholog și care constituie recomandări referitoare la practica meseriei. Codul deontologic definește respectarea marilor principii și fixează limitele intervențiilor psihologilor[3]. Trimitem cititorul la acest Cod,

---

2 Echivalentul românesc al acest legi este Legea drepturilor pacientului (Legea nr. 46 din 23 ianuarie 2003) care, în acest sens, prevede numai: „În cazul în care se cere consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înțelegere" (art. 16). Pentru textul integral, vezi site-ul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, www.cnas.ro (*N. t.*).

3 Codul deontologic poate fi downloadat la următoarea adresă de internet: http://www.ecpa.fr/uploaded/codedeon.pdf (vezi și www.copsi.ro, site-ul Colegiului psihologilor din România, unde se află și Codul deontologic al profesiei de psiholog — *N. t.*).

iar în ceea ce ne privește vom aminti câteva situații asupra cărora clinicienii trebuie să-și pună întrebări:

I. Secret profesional și lucru în echipă

Atunci când psihologul clinician lucrează în echipă, nu se poate poziționa într-o atitudine de retragere absolută. Ca membru al echipei, intervine în îngrijirea globală a respectivului pacient. Prin urmare, nu poate, sub pretextul secretului profesional, să păstreze pentru sine informații care i-ar putea explica starea sau comportamentele. El trebuie să definească împreună cu întreaga echipă informațiile pe care le poate împărtăși. Această împărtășire se face întotdeauna în interesul pacientului. De foarte multe ori, explicațiile psihologului permit lămurirea unei situații. De exemplu, el poate să explice de ce comportamentele agresive ale unui pacient urmează unui eveniment de viață anume și nu trimit la o opoziție la tratament sau la o evoluție defavorabilă a patologiei.

II. Dezvăluirea secretului profesional

Nu vom insista atât pe respectarea secretului profesional, cât pe situațiile în care acesta trebuie dezvăluit în totalitate sau parțial. Vom aminti astfel revelarea în consultația cu un psiholog a unor acte reprehensibile de lege. Decizia psihologului de a le raporta trebuie să ia în calcul riscul la care sunt expuse persoanele acuzate de această dezvăluire.

Exemplul 1: un pacient spitalizat îi explică clinicianului că a avut raporturi sexuale cam „forțate" cu o pacientă în parcul spitalului.

Exemplul 2: un adolescent de 17 ani încredințat ASE-ului (Aide sociale à l'enfance[4]) îi mărturisește psihologului care îl supraveghează o irepresibilă atracție față de sora sa vitregă, în vârstă de 9 ani, și raportează episoade de mângâieri ale părților genitale ale fetiței.

Noțiunea de secret împărtășit trebuie să fie cunoscută psihologului: într-adevăr, întreaga echipă este supusă secretului profesional,

4 Structură de ajutor social francez, echivalentă a Protecției Copilului (*N. t.*).

prin urmare, nu există o încălcare a acestei legi dacă o informație circulă între membrii respectivei echipe. Psihologul trebuie să dezvăluie secretul în fața superiorului său ierarhic (șef de serviciu, responsabil de echipă). Dacă nu are un superior ierarhic (regim liberal), el poate intra în contact cu un lucrător social abilitat să preia o asemenea semnalare (asistentă socială).

Singura primejdie a acestor situații ar fi ca psihologul să rămână solidar cu povara unui secret cu care n-ar ști ce să facă. Legea obligă pe toți specialiștii să semnaleze orice situație despre care ar ști și care ar pune în pericol o persoană. Această obligație nu este incompatibilă cu respectarea persoanei, iar psihologul trebuie să-i semnaleze pacientului care i-a făcut această dezvăluire că, dată fiind gravitatea faptelor, se vede obligat să-i raporteze superiorului sau medicului curant etc. Un psiholog care nu respectă această procedură ar cădea sub incidența legii și ar fi pasibil de anchetare pentru nedenunțarea unor fapte. Totuși, psihologul trebuie și să se ferească să se precipite într-un proces de denunțare a unor situații, de unde și importanța de a nu funcționa singur.

III. Deontologie și cercetare

Persoana solicitată pentru consultație este asociată demersului de cercetare mai întâi prin obținerea acordului său care trebuie să ducă la semnarea unui formular de consimțire în deplină cunoștință de cauză. Acest formular detaliază obiectul sau tema cercetării, îi precizează pacientului natura consultației, limitarea acesteia în timp și dispozitivul utilizat. El garantează respectarea anonimatului și utilizarea datelor numai în cadrul cercetării. Este obligatoriu ca pacientul să fie informat în privința scopului și modurilor de realizare a cercetării. Anumite protocoale se înscriu într-un proces de serviciu sau de echipă supus Comitetului consultativ de protecție a persoanelor în cercetarea biomedicală (Comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale — CCPPRB[5]) care și-a dat acordul pentru realizarea cercetării.

---

5 Aceste comitete există în structurile spitalicești și au ca misiune să se asigure că cercetarea prezentată corespunde principiilor etice, mai ales în materie de protecție a persoanei (informare a subiecților care participă la cercetare și obținere a consimțământului lor liber și în deplină cunoștință de cauză).

Partea a doua: tehnicile consultației

În prezent, ne vom opri la tehnicile propriu-zise ale consultației. Dintr-o dorință de claritate a prezentării, am grupat dimensiunile consultației în funcție de trei mari câmpuri: cel al atitudinilor clinicianului, cel al relațiilor interpersonale și cel al acțiunilor de limbaj (replicile). Se înțelege de la sine că aceste dimensiuni sunt strâns implicați în orice situație de consultație. Prin termenul de atitudine, înțelegem un anumit număr de comportamente care manifestă competența profesională a clinicianului și care sunt descrise adesea ca niște evidențe: ascultarea, nondirectivitatea, empatia, atitudinile de reasigurare și diferitele moduri de a conduce o consultație. Ceea ce noi numim stabilire a unor relații interpersonale acoperă unele modalități de interacțiune: gestiunea distanței, luarea în calcul a cererii, stabilirea cadrului și explicitarea obiectivelor consultației. În partea intitulată „acțiuni de limbaj", vom trece în revistă diversele tehnici de relansare și vom reflecta la impactul lor.

A. Atitudinile clinicianului

Pacientul prezintă pe parcursul consultației o multitudine de date: biografie, idei, fapte, impresii, credințe, emoții, comportamente. Aceste elemente survin în consultație nondirectiv, într-un mod aparent aleator, uneori fragmentat și incoerent, figurat și încărcat emoțional. Acestea oferă un spațiu pentru o activitate a clinicianului de organizare și elaborare a sensului. Pentru a putea îndeplini această funcție, clinicianul utilizează tehnici vizibile în atitudinile din timpul consultației.

I. Ascultarea

Această atitudine se poate defini ca o capacitate a psihologului clinician de a primi un discurs, în așa fel încât pacientul să se simtă înțeles și încurajat în exprimarea acestui discurs. Totuși, faptul acesta pre-

supune că clinicianul a reflectat asupra a ceea ce este capabil să audă fără să se lase debordat de sentimente susceptibile să-i altereze calitatea ascultării (milă, dezgust, groază). Într-adevăr, un anumit număr de contexte profesionale poate să-l pună pe psiholog în conflict cu narațiunea unor evenimente teribile (victimologie, pedofilie, maltratări...).

Pe de o parte, clinicianul trebuie să primească și să organizeze elementele date de pacient, pentru a-și face o reprezentare coerentă a situației sale și pentru a elabora un răspuns; pe de alta, trebuie să-i comunice pacientului că-l înțelege și-l urmărește în ceea ce spune, mai precis trebuie să dea indicii manifeste ale ascultării sale. Un anumit număr de tehnici de încuviințare permite liniștirea pacientului și o garantare a continuității interacțiunii: „da", „mmm" (despre care am putea spune, ca o butadă, că este vorba despre cea mai utilizată onomatopee de către clinicieni, căci este și cea mai neutră); „înțeleg" sau utilizarea unor indici nonverbali, precum datul din cap.

II. Empatia

Empatia se definește ca o dispoziție psihică de reprezentare a reprezentării celuilalt (Rogers, 1963; Decety, 2004). Este vorba despre un proces intelectual și nonafectiv; iată de ce empatia se diferențiază de identificare. În cazul identificării, sentimentele celuilalt sunt resimțite direct, în timp ce, în empatie, sentimentele celuilalt sunt reprezentate, fără a fi resimțite. Aceasta este o situație de „ca și cum", care îngăduie o distanțare de conținuturile enunțate. Această dimensiune este importantă în înțelegerea problematicii pacientului.

III. Știința liniștirii

Așa cum am văzut, asimetria inerentă situației de consultație clinică poate să-l facă pe un pacient să fie anxios, iar atitudinea de ascultare și de nondirectivitate să inducă o îndoială în privința rostului a ceea ce este spus. Prin urmare, clinicianul poate să utilizeze în mod regulat expresii verbale sau nonverbale care să vizeze liniștirea subiectului.

IV. Trei modalități de conducere a consultației

Clinicianul are la dispoziție trei moduri de a obține informația, adică trei moduri de a structura consultația și de a utiliza replicile. El alege aceste moduri de desfășurare în funcție de obiectivele vizate.

Consultația directivă

Constă în utilizarea întrebărilor directe care orientează discursul conținutului consultației. Este vorba despre obținerea unor informații precise. Răspunsurile pacientului sunt, în acest caz, destul de scurte. Astfel, consultația diagnostică ia adesea forma unei consultații directive care trebuie să investigheze prezența sau absența unor simptome, intensitatea și durata existenței acestora. De exemplu, tipul de întrebări următoare tinde să evalueze simptome asociate unei stări depresive: „Vă simțiți trist?" Întrebările pot să fie deschise: „Și la nivelul somnului, cum stau lucrurile?" sau închise, adică cerând un răspuns în da sau nu: „Dormiți bine?"

Consultația directivă poate să utilizeze instrumente precum chestionarele, scalele sau testele. În acest caz, răspunsurile sunt induse, „formatate", ordinea și conținutul lor sunt redactate dinainte și se obțin astfel scoruri care, mai apoi, sunt raportate la un anumit număr de norme și de medii. Aceste instrumente pot sluji la evaluarea unei stări clinice (de exemplu, scalele de depresie sau de anxietate) sau în cadrul unei cercetări pentru obținerea unor răspunsuri comparabile între ele.

Consultațiile semidirective

Obiectivul acestui tip de consultație este primirea discursului spontan sau semispontan, dar orientat spre întrebările psihologului. Ține de un ghid de consultație, ceea ce înseamnă că psihologul a elaborat mai devreme tematicile și/sau întrebările pe care dorește să le pună. El nu pune aceste întrebări într-o ordine prestabilită, ci surprinde o oportunitate în funcție de cuvintele pacientului. În consultațiile de cercetare, așa cum am văzut, intervievatorul trebuie să fie vigilent și să-și redacteze întrebările dinainte, în așa fel încât să le formuleze în-

totdeauna în același fel. Faptul acesta permite obținerea unor corpusuri de discursuri omogene din punctul de vedere al construirii lor.

Consultațiile nondirective

Obiectivul acestora este să primească un discurs liber, iar clinicianul se ferește să orienteze răspunsurile. Întrebările sunt rare, de cele mai multe ori este stabilit un consemn inițial, pornind de la care subiectul se va exprima: „Mi-ar plăcea să-mi vorbiți despre boala dumneavoastră". În acest tip de consultație, replicile sunt deschise și nu introduc nici o temă: „Mai aveți ceva de spus?" Ne vom opri pentru o clipă asupra noțiunii de nondirectivitate care a inspirat din plin dezvoltarea consultațiilor clinice. Această noțiune ne vine la de Rogers (1942) care utilizează expresia de „consultație centrată pe client" în situație terapeutică. Pentru Rogers, fiecare persoană este înzestrată cu un potențial de „actualizare", adică o forță naturală care tinde spre propria-i împlinire; ea posedă astfel capacitatea de a înțelege și de a-și rezolva problemele, terapeutul punându-se pur și simplu în slujba acestei resurse. Munca sa constă în a permite, prin atitudini de ascultare și de empatie, conștientizarea acestei capacități de a găsi niște soluții. Principalul său obiectiv este activarea potențialului de actualizare al fiecărui individ. Iată de ce Rogers preferă să folosească mai degrabă termenul de „client" decât pe cel de pacient. Nondirectivitatea constă pentru clinician în centrarea intervențiilor sale nu pe conținutul intelectual al discursului, ci pe emoțiile sau afectele exprimate de către client, pe ceea ce crede el despre ceea ce se spune. Întrebările informative sunt rare. Faptul acesta implică abținerea de la orice judecată, rămânerea în neutralitate și învăluirea într-o „privire pozitivă necondiționată" a discursului. Ideea de „neutralitate binevoitoare" care este adesea înțeleasă ca o atitudine preconizată trimite la această atitudine de nonjudecată care îi permite pacientului să creadă că clinicianul poate să accepte tot ce spune. Pentru Rogers, orice atitudine directivă a terapeutului echivalează cu asumarea personală a problemei clientului. Această atitudine îl face pe client fie să se opună, fie să devină dependent și nu-i îngăduie să efectueze un travaliu terapeutic operant. Rogers propune doi indicatori de diferențiere: dacă sensul general al consultației poate fi reconstruit numai din lectura replicilor clinicianului, aceasta este directivă; dacă este comprehensibil numai din citirea discursului clientului, atunci este nondirectivă.

Utilizarea uneia sau alteia dintre aceste modalități de consultație trebuie să corespundă scopurilor urmărite: consultația directivă convine obiectivelor de control și verificare. Aceasta este pe măsura unor obiective de pertinență a informației adunate. Permite supravegherea respectării instrumentului de investigare. În cazul unei cercetări, ea legitimează compararea răspunsurilor obținute.

Consultația semidirectivă este folosită în scopul aprofundării, cea nondirectivă fiind mai potrivită pentru explorarea unei teme căci permite apariția unor elemente noi sau neașteptate.

B. Stabilirea relației interpersonale în cadrul consultației clinice

Cum angoasa legată, pe de o parte, de simptomatologia pacientului și, pe de alta, de situația de consultație induce mecanisme care riscă să altereze relația pacient/clinician, este, prin urmare, necesar ca acestea să fie reperate. Vom aminti:

— proiecția: pacientul îi poate atribui clinicianului calități, sentimente sau dorințe pe care refuză să le recunoască la el însuși;

— idealizarea: psihologul nu exercită autoritate, nu-și dă propriile opinii, nu critică, nu întrerupe și nu-și impune normele și valorile. Din acest motiv, pacientul se simte ascultat și înțeles. El poate să proiecteze asupra consultației clinice un fel de așteptare magică și să creadă că psihologul este atotputernic. Psihologul poate atunci să devină pentru locutor un obiect ideal pe care acesta își proiectează temerile și așteptările;

— reticența: pacientul se poate teme ca propriile-i cuvinte să nu se întoarcă împotriva sa; această atitudine este prezentă mai cu seamă în cazul obligativității îngrijirii sau în anumite situații instituționale (internări din oficiu). Reticența se manifestă prin restrângerea discursului, dezmințiri, uitări, corecții...

I. Gestionarea distanței

Este important să se înțeleagă că orice consultație este o situație profesională și nu duce, în nici un caz, la o relație personală sau familiară. Se întâmplă ca anumiți pacienți să pună întrebări despre viața personală a clinicianului sau să facă anumite comentarii: „Sunteți tânără, îmi amintiți de fiica mea" sau să ceară prelungiri ale consultației („Mă simt bine cu dumneavoastră, am putea să ne revedem?"), sau să-ncerce să se implice într-un alt tip de relație („Am putea să bem o cafea împreună?", „Mi-ați putea da numărul dumneavoastră de telefon?"). Mai ales stagiarii psihologi sunt expuși la acest gen de situație. Încurcătura stagiarului poate atunci să ducă la trei atitudini: refuzul, mimarea faptului de a nu fi auzit sau cedarea. Un refuz brutal poate constitui un obstacol pentru continuarea consultației; mimarea faptului de a nu fi auzit poate genera o ambiguitate; în sfârșit, cedarea la acest tip de cerere poate perverti relația. În acest caz, regula este evitarea particularizării unei relații, de exemplu, prin amintirea scopului consultației sau rolului psihologului. Pacientul trebuie să înțeleagă că specialiștii se comportă în același fel cu toți pacienții pe care-i văd și că, prin urmare, nimeni nu se situează într-o relație exclusivă și personală.

II. Cererea

Acest termen trimite la motivațiile pentru care persoana se află în situația de consultație. Clinicianul trebuie să-și facă o reprezentare clară și coerentă despre aceste motivații. În clinică, această dimensiune este extrem de importantă, căci ea va determina îngrijirea, oferta de sănătate și relația cu psihologul. Patru situații pot fi descrise schematic:

1 / Cererea nu emană de la subiect, ea îi este exterioară, dacă nu chiar impusă, de exemplu în cazul anumitor adolescenți suicidari; or, așa cum am spus, dimensiunea de cooperare este esențială pentru travaliul clinic. În aceste cazuri, evocarea cadrului și a deontologiei profesiei pot constitui prealabilul continuării consultației.

2 / Cererea nu se referă la subiectul care vine în consultație. Este vorba oarecum despre o cerere de consultație prin procură, ca, de

pildă, o femeie care cere o consultație pentru soțul său alcoolic. În acest caz, ar fi prejudiciabil să se răspundă acestei cereri, căci clinicianul trebuie să recentreze cererea pe persoana care vine în consultație, de exemplu, încercând să înțeleagă ce anume este dureros pentru aceasta în situația evocată.

În aceste două prime cazuri, obiectivul clinicianului este să-i permită subiectului să-și reînsușească cererea.

3 / Uneori, cererea este confuză, prea generală, „aș vrea să mă simt mai bine". În acest caz, clinicianul trebuie să lucreze pe elaborarea unor elemente mai precise, de pildă, care sunt domeniile de disfuncție: „Ce anume merge rău din punctul de vedere al subiectului", care sunt elementele ce-l supără pe subiect în funcționarea sa cotidiană.

4 / În consultațiile de cercetare, cererea nu emană de la subiect, ci de la cercetătorul care trebuie să-și explice motivațiile cererii. Subiectul trebuie să înțeleagă motivele pentru care este solicitat.

În ultimele două cazuri, clinicianul se centrează pe elaborarea și formularea cererii.

III. Cadrul

Această dimensiune este esențială în timpul primului contact pentru instituirea distincției dintre consultația clinică și orice altă formă de consultație (interviu etc.) și inițierea contractului de comunicare. Cadrul fixează și garantează desfășurarea consultației, situează participarea fiecăruia, amintește contextul (de exemplu, instituțional sau liberal) și explică dispozitivul (de pildă, lămurește prezența coterapeuților în consultațiile etnopsihiatrice sau în terapia familială, dar și dispozitivul oglinzii oarbe, al filmului realizat etc.). În anumite cazuri, cadrul este predefinit, ca pentru obligativitatea îngrijirii ce rezultă dintr-o decizie judecătorească. În alte cazuri, este poate necesar ca acesta să fie elaborat împreună cu pacientul, ca în situația consultațiilor terapeutice sau de susținere. Astăzi, contextele de intervenție a clinicienilor se modifică sau, mai degrabă, se extind și ridică o serie de întrebări referitoare la conducerea consultației. Așa se întâmplă, de exemplu, în intervențiile în situații traumatice, munca în cadrul celule-

lor de urgenţă psihologică[6] (CUP). Nestabilirea cadrului poate duce la derapaje sau neînţelegeri, iar consultaţia riscă să rămână superficială. Spre deosebire de psihologi, mai ales tinerii practicieni pot, din teama de a nu respecta cadrul, să adopte atitudini uneori prea rigide, atunci când, de pildă, se simt încurcaţi la ideea de a nu realiza consultaţia în propriul birou. Totuşi, există situaţii în care această aparentă transgresiune constituie, de fapt, singura posibilitate de realizare a consultaţiei, ca în cazul persoanelor în vârstă sau bolnave, pe care le întâlnesc în camera lor. Important este mai degrabă să fie puse jaloanele relaţiei decât să se respecte întru totul un cadru sau un dispozitiv. Stabilirea unui cadru nu constă în fixarea unor reguli care să fie respectate ca nişte legi, ci trebuie să permită oricărui individ să-şi definească locul şi relaţiile posibile.

Instituirea cadrului constă, în primul rând, în prezentarea psihologului şi, cu acest prilej, cu oferirea unor indicaţii referitoare la statutul acestuia (de pildă, că nu este medic) şi în evocarea contextului. Dăm aici câteva exemple: „Bună ziua, sunt doamna X, psiholog, fac parte din echipa serviciului Y"; „Aţi cerut să vă întâlniţi cu un psiholog"; „Doream să mă prezint ca să ne cunoaştem puţin"; „Echipa a vrut să vă întâlnesc, pentru că i se pare că sunteţi cam trist/neliniştit"; „Vă aflaţi aici printr-o hotărâre judecătorească, care a decis că actele pentru care aţi fost arestat necesită o terapie". Cu această ocazie, se poate dovedi utilă menţionarea deontologiei profesiei, confidenţialitatea şi anonimatul.

Mai apoi, trebuie fixate modalităţile întâlnirii, durata, locul. În instituţie, se cuvine să se precizeze dacă psihologul îi întâlneşte sistematic pe pacienţi sau dacă este la dispoziţia lor. Bineînţeles, în cazul consultaţiilor terapeutice, nu poate fi vorba despre determinarea *a priori* a numărului de şedinţe, dar clinicianul poate totuşi să indice că vor fi mai multe întâlniri.

Consultaţia de cercetare constă într-o întâlnire unică, aşa că atenţia se va îndrepta în mod special spre situarea rolurilor respective ale anchetatorului şi ale anchetatului. După ce s-a identificat dându-şi numele, intervievatorul trebuie să enunţe motivele actului său şi motivele alegerii persoanei intervievate: de ce această cercetare, cu ce scop şi de ce această persoană: „V-am chemat ca să avem împreună o consultaţie pe subiectul cutare sau cutare". El trebuie să înscrie consultaţia în cadrul mai ge-

---

6 De fapt, CUMP (celulă de urgenţă medico-psihologică): creată în Franţa, la 25 iulie 1995, după atentatul terorist de la una dintre staţiile de RER pariziene, aceasta constituie un dispozitiv de îngrijire psihologică precoce a victimelor unor situaţii extreme (accidente, catastrofe etc.). (*N. t.*)

neral al realizării sale, adică să precizeze că este vorba despre o cercetare personală (memoriu, teză) sau la inițiativa unei instituții anume. Cercetătorul trebuie să obțină consimțământul subiecților pentru modul de culegere a datelor, de pildă, în cazul unei înregistrări, și pentru durata consultației. Se cuvine să fie amintite regulile deontologice ale profesiei, ca anonimatul discursului și utilizarea datelor culese în cadrul strict al cercetării descrise. De asemenea, cercetătorul trebuie să organizeze pentru subiecți un acces la concluziile anchetei din care au făcut parte.

Neexplicarea modalităților întâlnirii poate suscita la pacient neînțelegere sau un sentiment mai anxios. De exemplu, pacientul se întreabă de ce l-a văzut pe clinician de mai multe ori la rând și apoi deloc. El poate resimți această situație ca pe un indiciu că nu este interesant sau, mai rău chiar, ca o marcă a respingerii. Stagiarul psiholog trebuie să fie extrem de atent la acest risc; el trebuie să-i explice pacientului că se află acolo pentru un anumit timp, că în cadrul studiilor sale este integrat echipei, că îl va întâlni doar de câteva ori sau pentru o perioadă dată pentru un obiectiv anume.

IV. Definirea obiectivelor, stabilirea unui consemn

Relația dintre clinician și pacient se bazează pe anumite principii dintre care unele sunt implicite, de pildă, implicitarea cooperării fiecărui protagonist, iar altele explicite, sub forma unui consemn care indică ceea ce așteaptă clinicianul de la pacient. Consemnul invită la o narațiune („Mi-ar plăcea să-mi povestiți ce anume v-a adus aici") sau, dimpotrivă, invită la o nestructurare a discursului, așa cum este consemnul din cura psihanalitică („Mi-ar plăcea să-mi spuneți cât mai liber cu putință tot ceea ce vă trece prin minte"). Formularea consemnului îi permite clinicianului să se asigure că pacientul a înțeles și acceptat întâlnirea și obiectivele acesteia și că este de acord pentru a realiza împreună cu psihologul un travaliu.

În consultația clinică de cercetare, psihologul își definește așteptările față de cel anchetat, asigurându-l totodată. Astfel, în cadrul utilizării unei consultații semidirective sau nondirective, este important să se precizeze ce se urmărește, așa cum indică formula consacrată: „Nu există un răspuns bun sau rău, puteți să-mi spuneți ce vă trece prin cap, doresc să vă cunosc părerea (termen puternic) sau opinia (termen mai moderat)".

Într-adevăr, intervievații sau pacienții se arată intrigați sau neliniștiți de contextul particular al consultației de cercetare și pun adesea întrebări

de genul: „Puneți-mi întrebări și am să vă răspund", „Ce vreți să știți?" sau „De ce faceți această cercetare, ce vreți să demonstrați?" Este important ca psihologul clinician să aibă timpul să reacționeze la aceste enunțuri, pentru stabilirea unui climat de încredere și ca să nu lase să se instaleze niște neînțelegeri susceptibile să provoace reticența subiecților.

Exemple de introducere:

„Este vorba despre o cercetare realizată în cadrul cutărui organism, referitoare la cutare subiect. Am nevoie de dumneavoastră pentru o consultația înregistrată, cu durata cutare, în locul cutare. Nu vă voi pune întrebări precise. Vreau numai să aflu ce experiență și ce punct de vedere aveți în legătură cu domeniul cutare".

V. Închiderea unei consultații clinice

În timpul consultației au fost spuse lucruri foarte personale, au fost reactivate emoții, iar pacientul poate să se aștepte ca psihologul clinician să-i spună ceva. Este important ca acesta din urmă să lase puțin timp la sfârșitul consultației pentru a propune câteva elemente explicative, să liniștească pacientul în privința desfășurării consultației și să vorbească despre lucruri mai neînsemnate, despre unele centre de interes ale pacientului etc.

În acest punct al expozeului nostru, propunem să recapitulăm în tabelul următoar câteva dimensiuni abordate până acum.

Tabel 1. — *Caracteristici ale diferitelor tipuri de consultație*

Obiectivul consultației	*Tipul consultației*	*Proveniența cererii*	*Rolul clinicianului*	*Instrumente*
Diagnostic	Semidirectivă sau directivă	Instituție, echipă de intervenție	Explicare, evaluare	DSM-IV ICD
Susținere	Semidirectivă sau nondirectivă	Propusă de clinician în cadrul unei echipe sau de pacient	Ajutarea pacientului în exprimarea și înțelegerea unei dificultăți date	
Terapie	Nondirectivă sau semidirectivă	Pacient	Găsirea unui sens simptomului	
Cercetare	Directivă Semidirectivă Nondirectivă	Cercetător	Provocarea discursului fără constrângere, rămânând în câmpul predefinit prin ipoteze	Ghid de consultație Scale Teste

BCU CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

C. Replicile în consultația clinică

Vom trece acum în revistă diferitele moduri de realizare lingvistică a activității psihologului clinician. Ne situăm în cadrul teoretic al pragmaticii, care se centrează pe analiza lingvistică și psihosocială a situațiilor de comunicare (Austin, 1970; Ghiglione, 1986; Blanchet, 1991). Ne vom ilustra în mod regulat cuvintele cu extrase din consultații clinice.

I. Funcția replicilor

Replicile au ca scop dezvoltarea discursului pacientului în funcție de anumite dimensiuni (afectivă, informativă, evaluativă...). Termenul de replică descrie activitatea discursivă a clinicianului dintr-un punct de vedere general. Toate replicile nu iau neapărat forma unei întrebări, dar sunt întotdeauna purtătoare de funcție interogativă, directă sau indirectă. Dacă îi spun unui pacient: „Păreți trist atunci când îmi vorbiți despre vacanța dumneavoastră", replica mea se prezintă sub forma lingvistică a unei aserțiuni, dar comportă o funcție interogativă care ar putea să se formuleze după cum urmează: „Îmi puteți explica sau detalia sau dezvolta starea dumneavoastră emoțională în timpul acestei vacanțe?" Implicitul replicii este: „Ce s-a întâmplat în timpul vacanței", iar actul cuprins în replică constă în a spune: „Povestiți-mi ce s-a întâmplat". Pacienții efectuează un soi de calcul al implicitelor care susțin replicile clinicianului și răspund la replică în funcție de acest calcul. Ca o continuare a exemplului precedent, pacientul poate răspunde la replică prin nararea unui eveniment anume: „Da, pentru că în timpul acestei vacanțe ne-am hotărât să divorțăm". Funcția interogativă a replicilor poate să ia mai multe forme și să fie mai mult sau mai puțin marcată. Pentru a ne explica ideea, vom face apel la noțiunea de forță ilocutorie, dezvoltată de pragmatica lingvistică. Forța ilocutorie a unui enunț corespunde într-o oarecare măsură forței sale de impact. Acest element este independent de conținutul enunțului. Dacă, de pildă, doresc ca o persoană să fie prezentă la un eveniment social (serată sau reuniune), pot să formulez această dorință în diferite moduri: „Poți să vii?", „Îți cer să vii", „Vreau să

vii", „Te rog să vii" etc. Conținutul cererii mele este același, dar mijlocul de realizare a acestei cereri este mai mult sau mai puțin constrângător pentru interlocutorul meu. Acest tip de abordare pe larg dezvoltat în lucrările de pragmatică lingvistică permite preocuparea pentru forma lingvistică a replicilor și o mai bună înțelegere a actelor implicite pe care le menționează, dar și impactul acestora. Jakobi, Blanchet și Grossir-Le Nouvel (1990) au arătat că intervievatul tinde să interpreteze interogația fie ca pe o reliefare a nonexhaustivității (dacă nu chiar a incompletitudinii) specifice discursului său, fie ca pe o expresie a unei opoziții sau a unui dezacord al intervievatorului, cu atât mai mult când replica este formulată cu o mare forță de interogație. Ei propun o clasificare a forței interogațiilor (de la cea mai puternică la cea mai puțin puternică):

— interogația lexicală în care funcția interogativă este dată de un element lexical: „Jean o să vină *oare*?"

— interogația sintactică este realizată prin mijloace sintactice, precum inversiunea verbului: „O să vină Jean?"

— interogația prin intonație este înfăptuită printr-un element prozodic: „Jean o să vină?"

— interogația asertivă (sau contextuală): „Jean o să vină".

II. Replicile ca martori ai activității inferențiale a clinicianului

Replicile constituie singurul discurs al clinicianului disponibil pentru pacient și acesta este motivul pentru care duc la o interpretare din partea acestuia („Dacă clinicianul mă întreabă despre cutare sau cutare lucru, atunci înseamnă că e important" sau „Înseamnă că lucrul acesta joacă un rol în starea mea de-acum"). Am amintit acest aspect al începutul acestui capitol o dată cu ideea de asimetrie. Prin replicile sale, clinicianul arată pe de o parte că înțelege enunțurile pacientului și, pe de alta, îi dezvăluie inferențele, adică „ansamblul operațiilor cognitive care îi îngăduie unui terapeut să tragă o consecință prin inducție pornind de la materialul prezentat de către pacientul său" (Bouchard și col., 1987). Replicile pun astfel în evidență o grilă de lectură a discursului pacientului (Turk și Salovey, 1988). Prin întrebările sale, clinicianul începe o selecție a informațiilor considerate pertinente.

III. Replicile: co-construcția spațiului discursiv

Întrebările puse și răspunsurile obținute construiesc „spațiul discursiv" al consultației (Salazar-Orvig, 1987). Este important să se înțeleagă că clinicianul are o parte esențială în construirea acestui spațiu ce-și are originea într-un efect de interacțiune. Or, acest efect capital al interacțiunii este adesea neglijat în folosul interpretării doar a cuvintelor pacientului. Astăzi, multe dintre cercetările care vizează consultațiile clinice și terapeutice se ocupă de condițiile de producere a acestui discurs. Interacțiunile terapeutice pot să fie descrise ca un ansamblu de tehnici, strategii și competențe eficiente asupra discursului pacientului în jurul patologiei sale (Hook, 2001). Co-construcția se referă la definirea problematicii pacientului și a anumitor elemente ale relației terapeutice (Buttny *et al.*, 1996).

Eggly (2002) arată că narațiunile legate de maladia pacientului se co-construiesc după trei dimensiuni: în mod cronologic în primul rând, clinicianul introduce prin întrebările sale o relație cronologică între evenimente sau experiențe raportate într-o ordine aleatorie de către pacient. De asemenea, co-construcția evenimentelor-cheie se produce prin reveniri discursive asupra evenimentului, prin reluări ale unor momente anterioare ale consultației și prin întrebări care încurajează repetările evenimentului. În sfârșit, interpretarea evenimentului se co-construiește printr-o negociere a sensului atribuit acestui eveniment de către cei doi protagoniști ai consultației. Clinicianul poate utiliza atunci anumite strategii discursive care constau în a se arăta interesat de cutare explicație dată de pacient sau, dimpotrivă, în a o ignora, nepreluând-o și schimbând, de pildă, tema.

IV. Registrul replicilor

Care sunt obiectele replicilor? Blanchet (1991) elaborează un model pragmatic de clasificare a replicilor unei consultații, după cum aceste replici vizează faptele sau atitudinile pacientului. Într-adevăr, autorul arată că orice discurs face apel la două registre de reprezentare strâns legate: modalitatea și referința. Registrul replicii este determinant în tipul de răspuns adus de către cel intervievat.

Registrul referențial are ca funcție să „spună cum sunt lucrurile"; el reprezintă obiectele și faptele care constituie materia enunțului discursiv (conținut propozițional). Replicile referențiale trimit la obiectele lumii, fie pentru o mai bună identificare a acestora („Dar când spuneți: «această persoană», cine este ea?"), fie pentru obținerea unor informații, de exemplu, de ordin temporal („De când aveți această impresie că sunteți urmărit?"), fie, în sfârșit, pentru interogarea acțiunilor subiecților („Din momentul în care ați avut această convingere, ce ați făcut?").

Registrul modal are ca funcție să „traducă starea locutorului; el reprezintă o anumită stare psihică a locutorului (atitudine propozițională). Replicile modale trimit la sentimente („Vi se întâmplă să vă simțiți foarte, foarte angoasat de toate acestea?") și la credințele subiecților („Credeți că această ipoteză este posibilă?").

În interiorul acestor registre, sunt posibile trei tipuri de acte (reiterație, aserțiune, interogație), altfel spus, clinicianul poate fie să *reia* cuvintele sau enunțurile pacientului, fie să-și *propună* propriile enunțuri, fie să *chestioneze* faptele sau sentimentele. Reluăm în tabelul de mai jos modelul propus de Alain Blanchet:

Tabel 2. — *Clasificarea replicilor*

Registru	*Reiterație*	*Aserțiune*	*Interogație*
Modal	Reflectare	Interpretare	Întrebare modală
Referențial	Ecou	Complementare	Întrebare referențială

V. Formele replicilor

Cum putem clasifica replicile într-o consultație clinică sau terapeutică?

Să reluăm actele efectuate într-o consultație clinică sub un alt unghi. Bouchard *et al.* (1987) realizează o distincție între replicile directe și replicile indirecte. Această diferențiere se bazează pe două atitudini posibile ale clinicianului într-o consultație: o atitudine mai degrabă directivă sau o atitudine mai degrabă nondirectivă. Bineînțeles, un clinician nu utilizează niciodată exclusiv unul sau celălalt mod de-a lungul întregii consultații.

a. Replicile directe

Replicile directe introduc o nouă temă sau niște remarci ale clinicianului și nu se bazează pe cuvinte anterioare ale pacientului. Aceste enunțuri pot astfel să fie înțelese ca niște intervenții efectuate în mod directiv. Intervențiile directe pot să întrerupă ori să modifice cursul discursului. Ele pot să se prezinte sub forma unor întrebări sau aserțiuni. Orientarea discursului îi revine atunci clinicianului. În această categorie vom include:

Întrebările informative

Este vorba despre culegerea unor elemente care să-i permită clinicianului să reconstituie contextul de viață al unui pacient, istoria sa sau unele elemente clinice (apariția simptomelor, reconstituirea parcursului maladiei etc.).

CLINICIANUL. — Când v-ați căsătorit, aveați, cred, 23, 24 de ani?

PACIENTA. — Da.

CLINICIANUL. — Cu ce se ocupa el?

PACIENTA. — Era contabil. A fost mereu contabil.

CLINICIANUL. — Iar dumneavoastră?

PACIENTA. — Eu lucram la Poștă.

CLINICIANUL. — Bine. Și ce pregătire aveați?

PACIENTA. — Am vreo doi ani de facultate... și cam atât. De fapt, am dat un concurs și l-am trecut și apoi așa...

CLINICIANUL. — Așa că ați locuit, cred, la Paris?

PACIENTA. — Opt ani la Paris. Da, tot la Paris, la periferie.

Întrebările informative pot să se dovedească utile pentru culegerea rapidă a unor elemente precise care să permită, ca în exemplul de mai sus, situarea pacientului dintr-un punct de vedere socioprofesional. Totuși, se cuvine ca acest mod de chestionare să fie utilizat cu circumspecție, pentru a nu-i conferi consultației aspectul fastidios al unui interogatoriu. Mai mult, răspunsurile pacientei apar ca fiind constrânse de precizia întrebărilor, firul discursului nu poate fi stabilit și nu se obține nici o indicație referitoare la starea de spirit a pacientei.

Ajutorul dat exprimării

Se întâmplă ca pacientul să ezite ori să manifeste o anumită reticenţă în continuarea expozeului său. Adesea, pacientul efectuează un fel de judecată a gândurilor sale şi le consideră inepte. Or, ceea ce pacientul ezită să spună poate să fie de o mare valoare clinică. Anumite replici vizează atunci încurajarea pacientului în a-şi continua discursul. De multe ori, acestea au un efect de reasigurare a pacientului care se poate îndoi de ceea ce este oportun să spună.

Exemplu

PACIENTUL. — Nu, nu ştiu, poate că m-au speriat cu cine ştie ce prostii...

CLINICIANUL. — Cine v-a speriat?

PACIENTUL. — Nu ştiu, dar trebuie să spun că... în sfârşit, poate că-i o tâmpenie să vă povestesc chestia asta... dar trebuie să spun că am... în fine, e o tâmpenie...

CLINICIANUL. — Da, spuneţi totuşi...

PACIENTA. — Am nişte prieteni ai părinţilor mei... era un tip care era... care era destul de ciudat... şi nu ştiu dacă l-au distrus sau dacă el putea să distrugă oameni şi l-au distrus.

Replica clinicianului permite înlăturarea reticenţei pacientului şi dezvăluirea unui conţinut delirant.

Cereri de explicitare

Este vorba despre unele replici care vizează să expliciteze conţinutul emoţional sau legăturile logice dintre diferitele elemente ale discursului. Aceste replici se dovedesc întru totul pertinente pentru o mai bună înţelegere a reprezentărilor subiectului şi pentru o nefuncţionare într-un soi de evidenţă a împărtăşirii sensului anumitor cuvinte. De pildă, o pacientă poate să spună: „Am impresia că nu sunt o mamă bună", iar replica „Cum definiţi ce este aceea o mamă bună?" se poate dovedi mai operantă decât o replică de tipul „Ce anume vă face să spuneţi lucrul acesta?" Ne vom ilustra ideea cu următorul extras dintr-o consultaţie:

PACIENTUL. — Ca să ne întoarcem la societatea în care mă aflam, de expertiză contabilă, francmasonul care îmi spusese cu gura lui că este

francmason se antrena la tir, așa, toată lumea are dreptul s-o facă, dar când cineva vrea să se antreneze la tir, ia niște arme extrem de precise... care funcționează cu aer comprimat; el avea nici mai mult, nici mai puțin un Magnum 357, înțelegeți ce vreau să spun?

CLINICIANUL. — Și anume? Ce vreți să spuneți?

PACIENTUL. — Păi... toată lumea este telepată, mafia, la fel, și am impresia că tot ce se întâmplă... francmasonii se pot combina cu mafioții și... eu analizez așa situația.

Aparenta naivitate a replicii din acest exemplu comportă totuși două efecte principale: pe de o parte, clinicianul nu intră în „jocul" încercat de către pacient al unei credințe implicite împărtășite („înțelegeți ce vreau să spun"), ceea ce, pe de altă parte, îi permite să atingă pe deplin obiectivul de explicitare. Pacientul este atunci constrâns să dezvăluie o tematică delirantă.

Întrebări care evaluează credința

Aceste replici se situează în registrul modal și vizează înțelegerea relației pe care o întreține subiectul cu faptele raportate. În cazul unei activități delirante, evaluarea convingerii este un element clinic important ce permite să se înțeleagă care sunt temele ce determină la pacient o puternică preocupare și pot să aibă consecințe asupra menținerii în spitalizare (risc medico-legal).

CLINICIANUL. — Ce credeți acum despre toate aceste evenimente, impresia aceasta că erați urmărit...

PACIENTUL. — Păi, mi-o păstrez, oricum mi-o păstrez... poate c-am visat, poate c-am fost cam paranoică, nu știu, dar... au fost prea multe coincidențe.

Interpretările

Interpretările sunt un act direct în măsura în care constituie o propunere de sens. Pentru Rogers, interpretarea explicitează problemele pacientului. Clinicianul pune în relație două lumi sau două logici (de exemplu, culturale și simptomatice) neconectate între ele de către pacient. Clinicianul este acela care hotărăște pertinența acestei paralele. Interpretările sunt aproape exclusiv singurele moduri de inter-

venție ale curei psihanalitice. În consultațiile clinice, ele nu răspund acelorași obiective ca în cura psihanalitică.

Exemplu

PACIENTA. — Când am ajuns la cafenea... am luat o cafea și apoi, când să plătesc, i-am agresat pe doi dintre domnii care erau la tejghea spunându-le că ajunge... bine, credeam că France Télécom mă urmărea [...] și apoi acolo am început să mă dezbrac, m-am dezbrăcat... mi-am scos pantalonii [...] și i-am cerut patronului să cheme poliția, ca să mă ducă la poliție... de fapt, ca să mă ducă la pușcărie; și-atunci el a chemat poliția.

CLINICIANUL. — Credeați că trebuia să fiți pedepsită?

PACIENTA. — Că trebuia să fiu pedepsită, mda.

Clinicianul își propune propriul univers tematic (noțiunea de pedeapsă).

b. Replicile indirecte

Replicile indirecte se sprijină pe enunțurile anterioare ale pacientului și vizează aprofundarea conținutului discursului. În acest caz, universul discursului este propus de către pacient. Aceste replici pot astfel să fie înțelese ca niște intervenții efectuate în mod nondirectiv. Ele reiau explicit termenii folosiți de către pacient.

Se disting reformulările în ecou atunci când termenii sunt reluați cuvânt cu cuvânt și reformulările în reflectare atunci când clinicianul reformulează un sentiment exprimat.

Exemplu:

PACIENTUL. — Am făcut o depresie anul trecut când am fost dat afară de la serviciu pentru că nu înțelegeam de ce mi s-a întâmplat mie, dar mi se mai întâmplase cu câțiva ani în urmă.

CLINICIANUL. — Vi se mai întâmplase cu câțiva ani în urmă? (*ecou*)

PACIENTUL. — Da, după bacalaureat, am petrecut vreo câteva luni în casă, n-aveam chef de nimic... tre' să zic că am luat bacul în toamnă, deși mersesem bine tot anul, am avut note super și profii mă apreciaseră, așa că nu înțelegeam...

CLINICIANUL. — Și în acest caz, ca și atunci când ați fost concediat, ați trăit un sentiment de neînțelegere sau de nedreptate? (*reflectare*).

Tăcerea

Tăcerea poate fi considerată ca o formă de replică ce-l angajează pe pacient să-și continue discursul.

Diversele intervenții ale clinicianului depind de scopul consultației: astfel, în consultațiile cu scop diagnostic sau educativ, au puțin interpretări, procesul de influență interpersonală este mai mic, obiectivul consultației nefiind în mod necesar obținerea unei schimbări a subiectului.

Ilustrare

Să luăm următorul extras dintr-o consultație:

PACIENTUL. — M-am hotărât să mă adun, pentru că am probleme la serviciu, mai precis o instabilitate care se cronicizează, dacă se poate spune așa, eu... eu nu reușesc să păstrez un serviciu mai mult de câteva luni, pentru că nu... nu suport când șeful îmi face vreo observație, îmi ies din sărite și atunci nu reușesc să-mi țin gura și s-a terminat, totul o ia razna, ce mai, mă enervez, gata conflictul, după aia de multe ori mi-e ciudă pe mine, știu că ar trebui să tac.

Clinicianul poate pleca de la aceste cuvinte și să efectueze una dintre replicile pe care le-am trecut în revistă:

Tabel 3. — *Exemple de replici directe*

Replici directe	
Întrebare informativă	„Cât timp a trecut la ultimul serviciu?" „Câte slujbe ați avut până acum?"
Interpretare	„Aveți în mod vizibil o problemă în raportul cu autoritatea, puteți să-mi spuneți cum vă înțelegeați cu tatăl dumneavoastră când erați copil?" (Paralelă între șef/lumea muncii și tată/lumea copilăriei)

Tabel 4. — *Exemple de replici indirecte*

Replici indirecte	
Reformulare în ecou	„Vă e ciudă pe dumneavoastră de multe ori după aceea?"
Reflectare a sentimentului	„Vă înfuriați pe dumneavoastră pentru că nu reușiți să vă controlați?"

BCU IASI / CENTRU UNIVERSITAR LIBRARY

VI. Reacțiile pacienților la replici

Clinicianul trebuie să fie atent la impactul replicilor date. Pentru aceasta, el poate lua în calcul forma discursului (restricție, dezvoltare) și atitudinile exprimate. Să amintim că nu este vorba despre obținerea acordului pacientului, ci despre a-i permite să se exprime. Aceste diferențiere este importantă, căci clinicianul poate da o replică care să ducă la o reacție de respingere din partea pacientului; totuși, se poate considera că replica este eficientă, dacă îi îngăduie pacientului să rectifice sau să-și argumenteze poziția. Invers, încuviințarea nu înseamnă acceptare. Unii pacienți pot fi tentați să răspundă în mod pozitiv la întrebări ca să „scape" de o temă care-i pune în încurcătură.

CLINICIANUL. — Acum trei ani... la începutul căsătoriei dumneavoastră, totul era bine?

PACIENTA. — Da, totul era bine.

CLINICIANUL. — Vocile acestea nu apăruseră deloc?

PACIENTA. — Nu.

CLINICIANUL. — Dar mi-ați spus că, la serviciu, ați avut niște probleme cu colegele?

PACIENTA. — Da.

CLINICIANUL. — Vă invidiau...

PACIENTA. — Da, da...

CLINICIANUL. — Mai ales pentru că v-ați căsătorit cu un bărbat care... el e inginer, nu?

PACIENTA. — Da.

CLINICIANUL. — Ați avut o nuntă frumoasă?

PACIENTA. — Da.

CLINICIANUL. — Și aveați impresia că aceste colege simțeau că nu sunt băgate în seamă?

PACIENTA. — Da.

CLINICIANUL. — Erau invidioase?

PACIENTA. — O, da!

În acest extras de consultație, cu greu se poate hotărî în privința stării de spirit a pacientei și se constată că faptul acesta îl împinge pe clinician să propună unele interpretări (invidia colegelor mai ales) despre care nu știm dacă sunt împărtășite de către pacientă.

BCU CENTRAL UNIVERSITARĂ LIBRARY

În urma unei replici a clinicianului, se pot avea în vedere diferite reacții ale pacientului care sunt detectabile prin diverse atitudini discursive:

a. Validarea

Enunțul clinicianului este acceptat în mod explicit, pacienții folosesc diverse procedee de validare, direct prin utilizarea unor indicatori de limbaj („da", „exact", „chiar așa", „la fel", „întocmai") și indirect prin îmbogățirea discursului lor. În acest caz, replica clinicianului determină o producție discursivă sporită; pacienții dezvoltă, argumentează, aprofundează sau ilustrează tema sau ideea discursului. Aceasta din urmă rămâne coerentă cu enunțul clinicianului. Atitudinea aceasta de îmbogățire a obiectului discursului arată că pacienții și-au apropriat enunțul clinicianului pe care-l validează implicit prin continuarea explorării temei. Expansiunea și îmbogățirea discursului indică faptul că pacientul consideră interacțiunea ca fiind satisfăcătoare.

Exemplu:

PACIENTA. — Mereu erau oameni în spatele meu și când ieșeam, mă priveau, mă ascultau.

CLINICIANUL. — Vreți să spuneți că aveați impresia că erați urmărită?

PACIENTA. — Păi, da, întocmai, până la urmă asta am ajuns să-mi spun, pentru că și la cafenea, odată, am luat o cafea la gară și chelnerița mă tot privea și imediat după, am văzut-o că dă un telefon...

În acest exemplu, pacienta utilizează un procedeu de validare directă („întocmai") și un procedeu de validare indirectă, îmbogățind tema persecuției prin povestirea unei anecdote semnificative.

Pacientul poate să utilizeze și unele procedee de complementare, legându-și enunțul de cel al clinicianului printr-o marcă lingvistică.

CLINICIANUL. — Lucrul acesta vă privea?

PACIENTA. — *Pentru că* sunt chitaristă.

CLINICIANUL. — Impresia că toată lumea știa că ați furat 100 de franci?

PACIENTA. — Da, da.

CLINICIANUL. — Și voiau *să vă facă*...
PACIENTA. — *Să-l văd*, da.

În aceste două exemple, cei doi locutori construiesc un enunț comun. Aceste procedee discursive pot fi considerate ca fiind cele mai reușite în ceea ce privește atitudinea de validare, deoarece un singur enunț realizat de cei doi protagoniști ai interacțiunii pune capăt schimbului.

b. „Indecidabilitatea"

Clinicianul nu dispune de nici un element în discursul pacientului care să-i permită să evalueze efectul intervenției sale. Tăcerea constituie astfel un element de „indecidabilitate" a sensului reacției pacientului. Clinicianul nu poate determina impactul replicii sale. Într-adevăr, tăcerea poate semnifica acceptarea sau refuzul ori să marcheze o atitudine de opoziție fie la ceea ce se spune, fie chiar la situația de consultație. În acest caz, clinicianul poate să-și îndrepte atenția asupra unor indici nonverbali (încruntare a sprâncenelor, schimbare de postură). Uneori, pacientul nu înțelege legătura făcută de terapeut („Nu văd legătura"). Tot în această categorie, se poate plasa un fapt discursiv numit „debreiere conversațională" de către Alain Trognon (1987) și care constă în a nu răspunde la intervenția clinicianului, producând totodată discurs. Răspunsul pacientului dă impresia de incoerență care poate fi calificată în două moduri: o incoerență tematică: răspunsul pare „pe lângă" întrebarea pusă; și o incoerență pragmatică, cu alte cuvinte atunci când pacientul nu răspunde la actul realizat de către clinician.

Exemplu

CLINICIANUL. — Ce zi e azi?
PACIENTUL. — Întocmai, întocmai...

Debreierile conversaționale țin de schizofrenie, dar pot fi evocate și alte patologii (de pildă, o afecțiune cerebrală ca afazia) în care pacientul se află în imposibilitatea de a produce un răspuns coerent. Vom menționa aici și sindromul Ganser. Acest sindrom a fost descris pentru prima oară în 1897 de neurologul Sigbert Ganser în cadrul unei populații carcerale. Sindromul se caracterizează prin cuvinte și acte absurde și răspunsuri sistematic pe lângă întrebarea pusă, deși respectivele răspunsuri sunt normale în forma lor (sintaxă și limbă co-

BUCHAREST CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

recte) și arată că întrebarea a fost înțeleasă. Exemplu: câte picioare are o vacă? 5 (Bazin *et al.*, 1993).

Răspunsurile „pe lângă" ridică problema unei stări clinice alterate, dar și pe cea a disimulării. În acest sens, pun sub semnul întrebării dimensiunea cooperării pe care am evocat-o ca pe o condiție primă a posibilității unei consultații. Debreierile constituie astfel un mod de a nu coopera, nemarcând o opoziție frontală în raportul cu clinicianul. Debreierile pot indica faptul că se abordează o temă jenantă sau dureroasă pentru subiectul care preferă să îndeplinească această fugă discursivă decât să marcheze un refuz. Se cuvine ca orice clinician să aibă mai degrabă această ipoteză în minte decât să caracterizeze debreierea ca pe o incoerență de ordinul psihozei.

c. Nonvalidarea

Pacientul respinge propunerea sau sugestia clinicianului, dar își dezvoltă discursul explicând motivele acestei nonvalidări. Nu este vorba despre un simplu refuz, ci despre o adevărată contraargumentare. Prin urmare, se poate spune că, independent de conținutul în opoziție manifestă cu sugestia clinicianului, replica își atinge scopul.

CLINICIANUL. — Vă era teamă să le dați vestea bolii părinților, vă temeați c-au să vă respingă...

PACIENTUL. — Nu, nu-i asta, dar, de fapt, mama este foarte sperioasă și are o problemă la inimă, așa că nu voiam... nu voiam să creadă că am să mor, părinții mei nu știu ce-i aia sida, ar fi trebuit să le explic și cred că ar fi înțeles... dacă n-ar fi luat-o razna... n-ar fi ascultat... mai mult, când se sperie pentru o chestie, mama îi face viața un calvar lui tata... oarecum, nu voiam să spulber pacea căminului, cum zic unii.

Se poate spune că propunerea clinicianului este respinsă în termeni de conținut, dar actul instituit prin replică (cerere de explicare) este acceptat, iar pacientul își dezvoltă discursul.

Partea a treia: riscurile consultației

Consultația clinică pune în relație doi indivizi. Prin urmare, psihologul clinician nu este ferit de procesul de influențare, poate fi supus

anumitor capcane inerente oricărei relații interpersonale. Aceste derapaje dăunează continuării consultației (rupturi), stabilirii relației clinice și/sau terapeutice și deteriorează calitatea informațiilor folosite. Deși aceste riscuri sunt mai degrabă specifice practicienilor debutanți, o mare experiență poate și ea, printr-un exces de încredere în competențele proprii sau printr-un soi de instaurare a unei rutine profesionale care evită îndoiala, să ducă la anumite abateri. Să amintim totuși că aceste derapaje sunt puțin frecvente și că psihologul lucrează întotdeauna în cadrul codului deontologic. De altfel, le vom evoca mai mult ca un risc ce trebuie ținut minte mai ales atunci când clinicianul este în formare. Vom expune astfel două riscuri care se referă în mod general la activitatea psihologului clinician:

1 / Confruntarea dintre normele clinicianului și cele ale pacientului. Să nu uităm că un psiholog clinician este, pe de altă parte, o ființă umană înzestrată cu un sistem de valori și de credințe care se pot amesteca cu unele concepții psihopatologice. Prin urmare, el poate fi tentat să-și centreze consultația pe ceea ce crede că este problematic, de pildă, să considere că homosexualitatea dezvăluie o problematică psihică și să orienteze consultația spre o tentativă de explicare a acestui lucru ori să atribuie în mod masiv homosexualității explicații la problemele subiectului în funcție de normele clinicianului. În zilele noastre, homosexualitatea nu mai poate fi considerată ca o „deviață" a vieții sexuale a subiectului și astfel a ieșit din descrierea manualelor de psihopatologie.

2 / „Deformarea profesională". Psihologul clinician este obișnuit să caute, să reformuleze și să interpreteze probleme și disfuncții, astfel că îi poate fi greu să recunoască lipsa problematizării unei teme date. Se poate închide atunci într-un mod de raționament deviant care constă în interpretarea tuturor informațiilor în sensul patologiei. Ca o butadă, vom spune că subiectul este supus atunci unei logici de tipul „tot ce veți spune va fi reținut împotriva dumneavoastră". De exemplu, discursul unui subiect care spune că nu a avut vreo problemă anume cu părinții va fi taxat ca o idealizare, subiectul va fi suspectat de negare sau de refuzul abordării unei problematici dureroase.

Acum, propunem să abordăm problema abaterilor în conducerea consultației. Pentru aceasta, reluăm distincția pe care am instituit-o

în secțiunea precedentă între, pe de o parte, relațiile interpersonale, acțiunile de limbaj ale clinicianului pe de alta și, în sfârșit, activitatea de înțelegere (inferențe).

A. Relații interpersonale

I. Dificultăți de gestionare a distanței

Vom include sub acest titlu două atitudini opuse: fie o prea mare proximitate, fie un exces de distanță față de pacient. Se poate întâmpla ca clinicianul și pacientul să fie prea apropiați din diverse motive (aceeași experiență sau vârstă), ceea ce înseamnă că clinicianul și-a slăbit vigilența și a lăsat relația clinică să se îndrepte spre o relație mai personală. Consultația capătă atunci aspectul unei conversații prietenești în care locul fiecăruia devine vag. În acest caz, așa cum am văzut, pacientul se poate simți autorizat să iasă din cadrul consultației și să înceapă să pună anumite întrebări personale ori să ceară coordonatele clinicianului.

În instituție, pacienții pot uneori să utilizeze consultația cu psihologul pentru a-și face cunoscute unele revendicări, de pildă poziționându-l pe clinician într-un rol de mediator în relația cu medicul pentru a încerca să negocieze externarea sau diminuarea tratamentului. În acest caz, este important să se recentreze consultația, prin reamintirea cadrului și rolului psihologului.

Invers, din teama de a nu fi prea prietenos, clinicianul se poate dovedi prea distant, iar pacientul se simte atunci singur sau neînțeles și riscă să interpreteze această atitudine ca indiferență sau răceală.

II. Proasta gestionare a cadrului

Se întâmplă ca, în fața detresei sau insistenței anumitor pacienți, clinicianul să-și îngăduie să răspundă unei cereri care depășește cadrul

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

consultației în curs. De exemplu, așa cum am amintit pentru cazul unor pacienți ce-ar veni în consultații „prin procură", clinicianul să ajungă să răspundă acestei cereri sau, mai rău, să riște să ofere unele elemente de diagnostic: „Sora dumneavoastră are cu siguranță o problemă, ar fi util să facă o terapie" sau „Simptomele pe care le descrieți la fratele dumneavoastră evocă o schizofrenie". Impactul acestor nefericite cuvinte poate fi dezastruos, iar lucrul acesta echivalează cu punerea în mâinile pacientului a unei cunoștințe cu care acesta nu știe ce să facă. Mai mult, el riscă să-și rănească apropiații cu niște contraadevăruri dureroase.

III. Excesul de neutralitate

Vom numi astfel o atitudine care provine din dorința psihologului de a respecta poate puțin prea mult principiul de nondirectivitate, de noningerință și de neutralitate binevoitoare și care constă în a-l lăsa, într-un mod neîndemânatic, pe pacient singur cu sine însuși atunci când acesta cere o părere sau atunci când, implicit, cere să fie liniștit. Vom oferi ca ilustrare acest fragment de consultație:

PACIENTUL. — Cum nu mai știam cum stăteam, m-am... m-am hotărât să fac o pauză, să las totul în urmă, adică să nu las totul, dar să mă izolez un pic, ca să mă gândesc la ce-aveam de făcut și apoi, totul a început să mi se-nvârtă în cap, nu mai vedeam nici o soluție și mi-am zis: „O să înnebunesc", nu știu... nu știu dacă un om poate să înnebunească dacă își tot întoarce gândurile pe toate fețele... ce credeți?

CLINICIANUL. — Dar dumneavoastră ce credeți?

PACIENTUL. — Păi, eu nu cred nimic, dumneavoastră sunteți specialist în nebuni, că dacă știam, nu veneam aici...

Trimiterea la propria părere a pacientului pare să neglijeze partea de anxietate pe care o exprimă și îl duce la adoptarea unei atitudini un pic mai agresivă față de psiholog.

B. Formulările neadecvate ale replicilor

Vocabularul folosit și forma întrebărilor pot să-l plaseze pe pacient într-o situație de prelucrare a informației complicate. Acest proces este și mai mult activat din cauza asimetriei, a anxietății generate de situația de consultație cu un psiholog și a mobilizării unor afecte mai mult sau mai puțin dureroase. Există unele situații extrem de delicate în care forma replicilor este esențială, de pildă, în cazurile unor consultații cu copii victime ale unor abuzuri.

I. Vocabular complex

Anumiți termeni pot să-i pară evidenți psihologului, dar să facă parte dintr-un jargon pe care pacientului îl va înțelege cu greu.

Exemplu:

CLINICIANUL. — Sunteți satisfăcut de terapia dumneavoastră?
PACIENTUL. — Păi... n-am înțeles întrebarea... păi... terapie...
Termenul „terapie" nu pare să fie de la sine înțeles pentru pacient, ar fi trebuit să-i fie preferat cel de „tratament", de pildă.

II. Supraîncărcarea lexicală

Anumite întrebări comportă o supraîncărcare lexicală, de exemplu întrebările interonegative. În general, întrebările care comportă o negare trebuie evitate, căci, pe lângă faptul că îngreunează înțelegerea, par să impliciteze că elementul la care se referă negația ar fi trebuit să existe. Elementul conținut în negație trimite, într-adevăr, la o intenție presupusă, ca în întrebarea următoare: „Nu v-ați dorit să vorbiți cu soțul despre depresia dumneavoastră?"
Întrebările care comportă o dublă chestionare („Poți să-mi spui dacă erai singur acasă sau dacă mai era cineva?") sporesc dificultatea de înțelegere și riscul de nonrăspuns.

III. Întrebări inductoare

Întrebările inductoare pot să fie caracterizate ca niște întrebări care mai degrabă sugerează și povestesc decât să chestioneze. „Nu v-ați gândit că patronul dumneavoastră era răspunzător pentru maladia de care suferiți?" Pacientul poate să înțeleagă acest enunț ca pe o ipoteză la care este logic să se gândească.

IV. Folosire a unui termen conotat

Întrebările care comportă un termen susceptibil să fie interpretat ca o judecată morală pot să se dovedească dificile pentru pacient. De exemplu, termenul de culpabilitate în întrebarea următoare este ambiguu: „În urma avortului pe care l-ați făcut, ați simțit culpabilitate?" Acest tip de replică poate, într-adevăr, să fie interpreta ca o preconizare a sentimentului ce trebuia resimțit. Pacienta riscă să se simtă vinovată că nu a resimțit culpabilitate și, prin urmare, va răspunde pozitiv la această replică. Răspunsul pacientei îl va întări atunci pe clinician în această idee că un avort implică în mod necesar culpabilitate. În cazul unei consultații de cercetare, faptul acesta poate să ducă la un soi de raționament tautologic în care cercetătorul crede că a obținut un rezultat pe care, de fapt, l-a indus.

C. Inadvertențele inferențiale

În mod explicit sau implicit, clinicianul și pacientul se influențează mutual. Calitatea, eficacitatea și evoluția unei consultații clinice se bazează din plin pe calitatea și validitatea inferențelor și judecăților clinice ale psihologului. Numeroase lucrări au arătat că această activitate de inferență are un efect inductor asupra pacientului. Masse (1999, p. 67) observă că, după câteva luni de terapie, indiferent dacă este vorba despre terapii de inspirație psihanalitică sau de terapii cog-

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

nitive, pacientul se ajustează la „concepțiile și valorile terapeutului". Acesta din urmă poate comite unele greșeli inferențiale atunci când prelucrează informația, greșeli legate de limitarea cunoștințelor sale, de propria-i viață și istorie personale, de incertitudinea inerentă naturii înseși a relației clinice.

I. Selectivitatea informației

Activitatea inferențială a clinicianului îi implică subiectivitatea. De exemplu, în ceea ce privește activitatea de evaluare clinică, unele studii au arătat că, încă din primele minute ale consultației, clinicienii își făuresc o judecată diagnostică (Sandifer *et al.*, 1970). Din acel moment, se pot produce anumite inadvertențe inferențiale. Felul în care este condusă consultația va viza mai degrabă confirmarea decât infirmarea acestor ipoteze diagnostice și va influența calitatea consultației. Mai multe studii au arătat că terapeuții caută în mod selectiv datele care sunt în acord cu ipotezele și modelul lor teoretic (Batson *et al.*, 1982, Wilson *et al.*, 1985).

Atunci când consultația este lungă sau foarte plină, clinicianul poate fi tentat să nu utilizeze decât cea mai recentă informație și să pună deoparte unele elemente date la începutul consultației, cu riscul de a provoca o sărăcire a raționamentului clinic.

II. Inadvertențe ale raționamentului clinic

O încredere excesivă în categoriile diagnostice poate duce la încadrarea pacientului într-o formă clinică, neglijându-se elemente care ar putea să pună sub semnul întrebării respectivul diagnostic. Clinicianul riscă atunci să-și reducă investigația numai la căutarea acelor semne care confirmă diagnosticul. De exemplu, dacă clinicianul crede că are de-a face cu un subiect paranoic, fie pentru că a primit informația acestui diagnostic de la echipă, fie pentru că a citit dosarul medical, el poate să nu-și centreze replicile decât pe investigarea persecuției și se va teme, poate, să-și împingă pacientul în apărările sale. Am arătat mai devreme (Castillo, 2004) că modul interogator folosit

de către clinicieni diferă sensibil după cum au de-a face cu paranoici sau cu subiecţi schizofrenici. Specificitatea întrebărilor utilizate cu paranoicii rezidă în folosirea sporită a unor întrebări directe şi referenţiale cu privire la persecuţie.

Aceeaşi denumire nosografică acoperă tablouri clinice foarte variate. Atunci când clinicianul efectuează o cercetare asupra unei patologii date, această încredere excesivă în diagnostic riscă să ducă la un raţionament tautologic: credinţa că cutare grup de pacienţi este definit de cutare sau cutare trăsătură care va fi verificată de cercetare. Faptul acesta obligă la constituirea unor grupuri martor.

Inadvertenţa de reprezentativitate constă în identificarea pacientului cu o categorie diagnostică în funcţie de unele caracteristici socioprofesionale precum vârsta ori sexul. Astfel, o tânără femeie de 30 de ani care trăieşte singură şi are puţine sau deloc relaţii sociale poate să fie considerată deprimată, deşi aceeaşi situaţie la un tânăr bărbat va fi pusă pe seama unor caracteristici schizoide. Această atitudine poate duce la o interpretare eronată a indiciilor clinice.

O altă inadvertenţă constă în atribuirea comportamentului şi a dificultăţilor pacientului unor dispoziţii intrapsihice stabile, uitând că orice individ are posibilitatea de a evolua, de a se adapta şi de a se schimba. Uneori, clinicienii raţionează în funcţie de ceea ce psihologii sociali numesc procedeele de atribuire dispoziţională şi uită să ia în calcul anumiţi factori situaţionali. De asemenea, clinicianul nu este scutit de anumite forme de raţionament stereotip şi poate considera că anumite evenimente de viaţă sunt în mod necesar răspunzătoare pentru unele patologice. De exemplu, dificultăţile întâlnite de un adolescent adoptat riscă să fie puţin cam prea repede puse pe seama adopţiei. La fel se întâmplă şi în cazul copiilor ai căror părinţi au divorţat.

Propensiunea spre supraevaluare a atribuirii dispoziţionale în detrimentul atribuirii situaţionale îl poate face pe clinician să neglijeze contextul de viaţă ca factor declanşator al patologiei. Or, psihopatologia socială ne învaţă felul în care factorii de viaţă pot fi necesari şi suficienţi pentru a explica patologia.

Inadvertenţele inferenţiale rezultă dintr-o dificultate întâmpinată de psihologul clinician de a avea în vedere mai multe ipoteze sau niveluri psihopatologice şi de a se focaliza pe o singură dimensiune reperată în discursul pacientului. Numai exerciţiul îndoielii permite reducerea riscului de inadvertenţă inferenţială.

III. Iatrogenia în psihopatologie

Vom aborda aici o noțiune importată din lumea medicală. Termenul de iatrogenie trimite la niște patologii cauzate de actul medical în sine. Putem oare aplica acest termen psihologiei clinice? Anumiți autori nu ezită să vorbească despre practici interlocutorii care constituie o „formă de tratament iatrogen" (Hook, 2001).

Numeroase lucrări se ocupă de efectele de interacțiune din cursul unor consultații clinice susceptibile să producă sau să orienteze un discurs patologic (Buttny și Syracuse, 1996; Eggly, 2002). Vom lua ca exemplu diagnosticul de personalități multiple care, peste Ocean, constituie și la ora actuală obiectul multor controverse. Într-adevăr, nefericita evoluție a acestei categorii diagnostice ne dă de gândit.

În primul rând, să amintim că această categorie diagnostică apărută în Statele Unite în 1980 se caracterizează prin faptul că mai multe personalități coexistă în același individ, neștiind una de cealaltă. Este descrisă o personalitate de bază, conștientă de tulburare, și personalități numite periferice, care se ignoră. Etiologia acestei tulburări este raportată la unele maltratări infantile extrem de violente care provoacă la copil o disociere a stărilor de conștiință. Această disociere se structurează mai apoi în autonomizarea diferitelor personalități. Într-adevăr, tot ceea ce nu a putut fi exprimat de către copil este încredințat diverselor personalități pe care le va folosi la vârsta adultă.

Iată că, în sfârșit, specialiștii aveau de-a face cu o tulburare psihopatologică ale cărei simptome erau clar lizibile și care putea fi legată de o etiologie sigură. Din acel moment, descrierile clinice se înmulțesc. Totuși, numeroase articole au pus încetul cu încetul sub semnul întrebării această patologie și au demonstrat cum această categorie diagnostică progresase prin interacțiunea dintre clinica psihiatrică și mediatizarea extremă a fenomenului (Scott, 1999). Psihologia socială a arătat prin ce anume nosografia personalităților multiple ținea de o construcție colectivă legată de cultura americană. Chiar în procesul interacțiunii terapeutice au fost găsiți determinanți susceptibili să explice această ambalare psihopatologică. În primul rând, se arată că, o dată pus diagnosticul de personalitate multiplă, starea clinică a pacienților se deteriorează. Pe de altă parte, a fost subliniată influența clinicianului asupra structurării simptomelor, în cazul de față diferitele personalități. Astfel, felul în care este condusă consultația poate

induce un sentiment de disociere și false amintiri la acești subiecți care, pe de altă parte, sunt fragili din punct de vedere psihologic (Seltzer, 1994). Tulburarea este diagnosticată aproape exclusiv la femei, pentru care se caută atunci existența unor abuzuri sexuale în copilărie. Este vorba aici despre o adevărată co-construcție patologică, în măsura în care clinicianul va încuraja sau valoriza povestirea anumitor experiențe autobiografice și va marca mai puțin interes pentru alte aspecte, ceea ce, încetul cu încetul, o face pe pacientă să privilegieze un anumit sens al acestor experiențe. Întâlnirea mediatizării excesive și a unor credințe personale a clinicienilor a determinat astfel prevalența tulburării.

Acest exemplu ne amintește că orice persoană în detresă care vine în consultație se lasă oarecum pe mâinile clinicianului și că această situație activează riscul procedării la corelații iluzorii între indiciile clinice și explicațiile psihopatologice, în acest caz o tulburare a personalității. Persoanele fragilizate pot atunci să preia un rol pe care clinicianul îl crede spontan. În cazul în care consultația constă în a-l face pe celălalt să spună, atunci lucrul acesta poate, așadar, să fie cu dublu tăiș.

IV. Inadvertențele cercetării

Cercetarea în psihologie clinică se confruntă cu aceleași riscuri ca acelea descrise mai devreme, dar dorim să subliniem că observarea realizată de către cercetător constituie în sine o inadvertență. Chiar atunci când cercetătorul crede că are acces la situații naturale, el constrânge exprimarea subiecților. Ceea ce psihologii sociali numesc „efectul Hawthorne" trimite la o activare artificială a subiecților indusă de prezența cercetătorului. Această prezență este percepută ca fiind valorizantă, iar subiecții au atunci tendința de a-și exagera comportamentele, deși există pretenția observării lor în situație naturală. Să luăm ca exemplu o cercetare despre ritualurile materne în care unor mame li se cere să se lase observate în comportamentele lor cotidiene împreună cu copilul lor. Acest dispozitiv poate genera angoasă, iar tensiunea indusă de situația de cercetare poate duce la comportamente nenaturale.

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITARY LIBRARY

Partea a patra: tehnicile de analiză a datelor clinice

Ce se întâmplă cu datele culese în cadrul unei consultații clinice?

Analiza datelor depinde de context. Atunci când este vorba despre munca într-o echipă, clinicianul va prezenta elemente provenite dintr-o dare de seamă clinică în funcție de informațiile pe care el le consideră pertinente. În cadrul unei cercetări, clinicianul are de ales între mai multe metode de analiză. Vom insista și aici asupra complementarității diferitelor niveluri și tehnici de analiză. Alegerea lor depinde de ipotezele emise și de obiectivele vizate. Indiferent dacă este vorba despre o dare de seamă sau despre o analiză de conținut, clinicianul trebuie să diferențieze două niveluri de elaborare: în primul rând, o activitate de descriere. Datele sau faptele trebuie raportate într-un mod cât mai fidel și mai complet cu putință. Interpretarea acestor elemente nu trebuie să intervină decât într-o etapă secundară.

A. Elaborarea unui dări de seamă clinice

În general, orice consultație clinică duce la o dare de seamă la sfârșitul consultației. Acest lucru prezintă, într-adevăr, mai multe avantaje: pe de o parte, permite consemnarea cât mai multor elemente înainte de uitarea lor, pe de altă parte, îi îngăduie clinicianului să se distanțeze atât cât este necesar de conținutul consultației și, în sfârșit, sprijină argumentarea ipotezelor clinice.

Ce trebuie să se afle într-o dare de seamă clinică?

Clinicianul trebuie să organizeze conținutul în funcție de mai multe dimensiuni:

— *datele de anamneză* grupează informațiile referitoare la biografia pacientului (istorie familială, loc în fratrie, studii…), diferitele evenimente de viață, modul său de viață actual (serviciu, anturaj familial și social);

— *elementele clinice*: ceea ce motivează întâlnirea cu psihologul clinician, simptomele sau disfuncțiile de care se poate plânge subiectul, simptomele descrise…

BUCUREȘTI LIBRARY

— *faptele de interacțiune*: cum s-a prezentat pacientul, care a fost atitudinea sa în timpul consultației, cum s-a poziționat în raport cu obiectivele consultației?

Clinicianul poate să redacteze mai apoi sub rubrica *„impresii clinice"* modul în care a trăit această întâlnire, ce anume a simțit, intuițiile pe care le-a avut... Această rubrică permite diferențierea impresiilor de o interpretare.

— *interpretarea psihopatologică*: clinicianul formulează problematica pe care a identificat-o, propune o interpretare, produce unele explicații psihopatologice. Cu acest prilej, poate să ofere piste de reflecție care pot fi luate în calcul în orientarea îngrijirii pacientului.

B. Analiza de conținut: definiție și metodologie

Acest tip de analiză este de ordin calitativ și cere în realizarea sa cea mai mare rigoare. Într-adevăr, calitativ nu înseamnă subiectiv, iar sistematizarea analizei de date clinice este posibilă. Să amintim că ne bazăm pe abordarea dezvoltată de pragmatica lingvistică. Studiile de limbaj în psihopatologie au cunoscut o dezvoltare relativ recentă. Ele se centrează pe modul în care anumite elemente psihopatologice se manifestă prin intermediul unui discurs. Își au originea în cel puțin două domenii: psihiatria și analiza de discurs (psihologia socială). Studiile limbajului funcționează toate pe ideea că o analiză sintactică și semantică a unui discurs produs de către un pacient cu tulburări mentale permite recitirea enunțurilor acestui subiect în vederea descoperirii unei intenționalități neevidente *a priori*. „Oricât de înzestrați am fi, nu putem, datorită intuiției clinice, să repertoriem figurile retorice ale unui discurs, să reperăm particularitățile unui limbaj, să specificăm modurile de raționament, să punem în relief în mod infailibil scandarea și cezurile unei consultații" (Castarède, în Chiland, 1997, p. 128).

Cum se sistematizează acest tip de analiză?

Mai întâi, prin aplicarea unei grile de analiză a cărei construcție se bazează pe aceleași principii metodologice ca și ghidul de consultație evocat în prima parte a acestui capitol.

Analiza poate să se centreze pe conținut și formă și să îmbine aceste două niveluri de analiză.

I. Detalierea conținutului unei consultații

Într-o primă etapă, se procedează la identificarea temelor tratate. Așa cum am văzut, subiecții dau diferite elemente de-a lungul consultației și într-un mod nesistematic. Analiza de conținut realizează decuparea sau secvențializarea textului în funcție de categorii și grupează în cadrul unei categorii enunțurile sau secvențele de enunțuri care se referă la tema determinată. Apoi, se pot inventaria emoțiile și sentimentele manifestate în timpul consultației.

II. Detalierea formei unei consultații

Analiza formei unei consultații poate lua în calcul:
– vocabularul utilizat, câmpurile semantice implicate;
– metaforele și imaginile folosite;
– tipul de discurs: povestire, revendicare etc.;
– unele indicii nonverbale: prozodie, posturi.

C. Analiza de discurs

Alegem să prezentăm aici câteva exemple de tehnici de analiză.

Care este pertinența unei analize de discurs în analiza datelor clinice?

Analizele de discurs pot să ofere indicații despre starea clinică a unui pacient. Ele pot să se lege de descrierea și înțelegerea unei caracteristici funcționale a patologiei studiate, prin studierea contextului de emergență și a modului său de exprimare. În sfârșit, permit

luarea în calcul a unor strategii discursive, prin încercarea de a descrie anumite mecanisme interlocutorii în cadrul consultației.

Vom prezenta două tipuri de analiză de discurs puse în evidență de unele cercetări referitoare la conversații (Trognon, 1992) și diferitele elemente lingvistice implicate în construirea discursurilor (Ghiglione și Blanchet, 1991). Prima abordare este centrată pe enunțarea și dinamica interlocutorie, cea de-a doua, pe componente lingvistice ale discursului numite marcatori de limbaj.

I. Analiza conversațională

Analiza conversațională încearcă să formalizeze regulile de înlănțuire a diferitelor acte care compun intervențiile unui dialog, „unele subordonate, altele directoare" (Brassac, 1992). Ea definește mai multe *niveluri de discurs*: actul de limbaj, intervenția (ansamblu de mai multe acte de limbaj) și schimbul (înlănțuire de enunțuri). Aceste niveluri sunt în relație ierarhică: schimbul înglobează intervenția care la rândul ei include actul de limbaj. Se caută mai apoi care este locul enunțului în structura conversațională (intervenție inițiativă sau reactivă, act director sau subordonat...).

Reb și Trognon (1986) arată prin intermediul unei analize conversaționale modul de relație cu celălalt al unui pacient psihotic.

Aplicarea acestui tip de analiză unor consultații clinice a permis astfel punerea în evidență a debreierilor conversaționale pe care le-am evocat mai sus. În ceea ce-i privește pe schizofrenici, aparenta absurditate a vorbirii, datorată decroșajului discursiv, poate fi interpretată ca o strategie, de exemplu folosirea acestui tip de formă discursivă asumă funcția interacțională „de a-i interzice intervievatorului de a propune un univers de discurs conversației".

Aceste elemente sunt, așadar, purtătoare de un sens pragmatic. Acolo unde nu se cota decât incoerență și bizarerie apare o strategie care funcționează ca un mecanism de apărare comunicațional.

II. Analiza de discurs și marcatorii de limbaj

Este posibil să se realizeze o analiză de discurs de tip cantitativ, de pildă, prin calcularea frecvențelor de ocurență a unui termen sau altul sau a unui marcator de limbaj. Marcatorii de limbaj constituie niște „verbalizări ale travaliului enunțiativ" (Moeschler, 1987) în măsura în care dau indicații asupra felului cum subiecții utilizează limbajul pentru a-și construi discursul și a-l prezenta interlocutorului. Prezenți la suprafața discursului, ei sunt dovada coerenței interne (relații de succesivitate, de temporalitate, progresie a discursului), acesta fiind motivul pentru care sunt descriși ca niște cuvinte-instrumente care stau mărturie pentru arhitectura unui text. Ei își asumă și un rol în „jocul de comunicare" (Ghiglione și Trognon, 1993). Într-adevăr, participă la procesul de înțelegere care se construiește la interlocutor în măsura în care balizează desfășurarea tematică și argumentativă a discursului. Studierea acestor cuvinte-instrumente permite astfel reconstruirea strategiei discursive a subiectului. Impactul lor asupra interlocutorilor este implicită. De exemplu, am arătat (Blanchet și Castillo, 1998) că un text nu are același impact, după cum este slab sau puternic conectat: astfel, atunci când unor subiecți diferiți li se propun diferite tipuri de discursuri (narative, expresive) și în interiorul fiecărui tip se schimbă frecvența conectorilor, subiecții vor produce reprezentări diferite ale locutorului, vor elabora descrieri diverse ale atitudinilor subiectului.

Acest tip de analiză implică:

- înregistrarea și retranscrierea integrală a consultației;
- compararea fie cu un grup-martor, fie cu subiectul însuși (de pildă, căutarea unor diferențe în exprimarea unor teme diferite);
- recursul la calcule statistice în scopul stabilirii unor diferențe semnificative.

Totuși, nimeni nu se poate mulțumi doar cu acest tip de analiză. Acestuia trebuie să i se alăture o analiză calitativă care lămurește condițiile de folosire a diverselor unități lingvistice, dar și locul și pertinența lor în discurs. Tipul acesta de analiză duce, de exemplu, la stabilirea unor profiluri discursive raportate la niște ipoteze psihopatologice. Mirabel-Sarron și Blanchet (1992) arată cum variația de utilizare a anumitor marcatori de limbaj este cuplată cu o diminuare a anxietății sau cu o ameliorare de dispoziție a pacienților deprimați. Variațiile dispoziției

pot să se regăsească în organizarea discursului și mai ales în „modurile de utilizare a marcatorilor de limbaj".

Marcatorii de limbaj sunt de două tipuri: „operatorii" sau „conectorii" sau „jonctorii", în funcție de terminologia folosită, și „modalizatorii" și trimit la două procese: articularea diferiților constituenți în progresia tematică și implicarea enunțiativă.

a. Articularea textului

Se numesc „conectori" sau „jonctori" termenii discursului care au o funcție de punere în relație a diferitelor elemente ale frazei sau a două propoziții între ele. Conectorii jalonează discursul pentru a facilita comunicarea și înțelegerea a ceea ce se spune, căci organizează coerența textului, progresia lui tematică. Este vorba despre o conexiune logică. Această legătură poate fi realizată printr-o coordonare sau o subordonare și poate fi de diferite naturi (temporalitate, cauzalitate, consecuție etc.).

Acești marcatori de limbaj se grupează în minicategorii, după funcțiile limbajului. Vom oferi câteva exemple în mod schematic și nonexhaustiv, pentru a nu-l împovăra pe cititor cu dezbateri psiholingvistice. Scopul prezentării noastre este să ilustreze o cale posibilă de descriere și de analiză a discursului.

Operatorii de denotare sunt martorii funcției referențiale a limbajului. Ei descriu realul, marchează ancorarea spațio-temporală a enunțurilor și dau indicații despre construirea universului de discurs.

Exemplu:

„Uite, la *3 km la nord de Bordeau, în regiunea L..., într-o pădurice, într-o peșteră mică*, se află o rachetă spațială de *20 000 de ani-lumină* și, cum racheta spațială este invizibilă, trebuie să pronunți două fraze magice. *Mai întâi* trebuie să pronunți «Abracadabra, Sesam, deschide-te», piatra se va deschide, *apoi*: «Albastru, alb, roșu, arată-te» și racheta spațială de 20 000 de ani-lumină se va... se arată. Așa." Deși conținutul discursului apare ca fiind cel puțin straniu, construcția lui se bazează pe folosirea multor marcatori spațio-temporali, ceea ce ne poate face să credem că delirul este bine structurat.

Marcatorii coerenței textuale sunt dovada progresiei tematice a discursului și activează la interlocutor procese de inferență care vizează atribuirea sensului enunțurilor și a intențiilor locutorului. De exemplu, marcatorii *aditivi* leagă între ei elemente sau argumente orientate în același sens. Au o funcție de adăugare de informație, ca în extrasul următor, în care pacienta ilustrează persecuția a cărei victimă este printr-o enumerare de jigniri îndurate.

„M-au trezit vecinii. Era o fată, era vecinul *și* era și un alt băiat cu ei *și* felul în care s-au petrecut lucrurile... era de-adevăratelea: «Pe tine te trezim» [...] *și apoi* când m-am trezit, am făcut un zgomot, o gâlgâială, o chestie așa și ei au făcut: «fuiiii», l-au imitat. *Și apoi*, a fost și mai rău..."

Operatorii *alternativi* prezintă două argumente, idei sau fapte între care este vorba despre operarea unei alegeri. Subiecții pot astfel să prezinte tipuri de explicație pentru ceea ce li se întâmplă coorientate și antiorientate în raport cu argumentul precedent.

„*Sau* cineva își bate joc de mine, *sau* cineva își bate joc de taică-meu ca să-l enerveze, pentru că e prea tare din fire."

Operatorii argumentativi intervin în construirea raționamentelor. Argumentarea este un proces de raționament al cărui scop este stabilirea acceptabilității unui enunț după diferite axe (adevăr, probabilitate...) și convingerea interlocutorului să accepte și el enunțul. Marcatorii de argumentare construiesc o demonstrație și constituie o strategie de persuasiune. De pildă, marcatorii de cauză și de consecință stabilesc o legătură de natură cauzală între două evenimente sau argumente. Ei pot să asume și o funcție de justificare a unui act sau a unei enunțări.

„I-am făcut unele comisioane președintelui Republicii, *pentru că* voiam ca președintele să înțeleagă cu adevărat ceea ce se întâmplă la nivelul serviciilor secrete din această țară."

„Sunt într-un asemenea hal, că... mă cred Iisus Hristos. Termin cu sfârșitul, ar trebui să povestesc tot, *pentru că* e o cale."

b. Implicarea enunțiativă

Acest aspect trimite la implicarea subiectivității în text. Vom aminti aici două tipuri de marcatori de limbaj: pe de o parte, deicticele de locuție corespund pronumelor personale utilizate și dau indicații referitoare la felul în care locutorul își asumă enunțul și își apropriază discursul. Pe de altă parte, studiul modalităților oferă indicații în privința

raportului pe care îl întreține subiectul cu propriul discurs (credințe) și diversele modulații afective și emoționale pe care le aduce. Astfel, Irigaray (1967) analizează fragmente de discurs de isteric și obsesional, mai ales pronumele personale, și descrie două „modele specifice de enunțare".

De asemenea, luarea în calcul a modalizărilor este un element important, de pildă, în evaluarea convingerii delirante. Un subiect care spune: „Cred că sunt urmărit" sau „Am impresia că sunt urmărit" va fi considerat ca mai puțin delirant decât un subiect care spune „Sunt sigur că sunt urmărit".

III. Programele de prelucrare automată a discursurilor

Programele de analiză textuală trebuie să fie considerate ca niște instrumente de ajutor în analiză, neputând în nici un caz să înlocuiască munca de reflecție. Acestea permit reducerea inadvertențelor legate de subiectivitatea cercetătorului, sistematizând analiza, și dezvăluirea unor aspecte neașteptate. De exemplu, analiza propozițională a discursului (APD) informatizată sub forma programului „TROPES" repertoriază într-un text diferiții marcatori de limbaj și construiește „tipuri constructive". Max Reinert (1986) a conceput programul de analiză Alceste (analiză lexicală prin context a unui ansamblul de segmente de text). Alceste este orientat spre analiza de conținut și pune în lumină faptele statistice ale corpusului. Într-adevăr, programul identifică anumite clase de discurs în funcție de distribuirea vocabularului prezent în aceste unități. Programul se bazează pe o analiză statistică distribuțională. Altfel spus, *leagă contextele care au cuvinte comune*. El dă astfel o coerență corpusului analizat, efectuând grupări discursive. Recursul la unele programe de tipul Alceste prezintă următoarele avantaje:

- permite prelucrarea unor corpusuri foarte importante;
- permite dezvăluirea mai multor niveluri de discurs;
- permite obiectivarea tematicilor sau folosirea unui lexic nonvizibil *a priori*.

Noël Jorand *et al.* (1997) prezintă analiza de discurs a unui pacient schizofrenic, realizată cu ajutorul programului Alceste. Utilizarea acestui program permite evidențierea faptului că schizofrenicul nu este

atât de dezorganizat pe cât pare: rupturi tematice (categorizate și circumscrise de program) care survin în discurs se dovedesc perfect organizate și coerente ca discurs secundar. Analiza textuală arată că schizofrenicul și-a planificat întru totul diferitele tipuri de discurs și a izolat marcatorii lingvistici în cadrul acestor discursuri. Analiza textuală îngăduie depășirea unei impresii clinice de incoerență și identificarea la schizofrenic a unei anumite forme de organizare a gândirii.

Asemenea lucrări permit, prin detalierea contextului de emergență a marcatorilor de limbaj, ameliorarea înțelegerii unor stări psihologice sau psihopatologice. Progresul lucrărilor referitoare la comunicarea în cadrul patologiilor mentale a dus la reconsiderarea anumitor ipoteze etiologice ale schizofreniei: mai ales aceea a unui deficit de gândire. Se declară atunci că stranietatea discursului schizofrenicilor rezidă mai degrabă într-o proastă utilizare a regulilor conversaționale. Tulburarea ar fi atunci mai mult „socială" și mai puțin „cognitivă".

Concluzie

La capătul acestui capitol, vom reaminti că diferitele tehnici utilizate de către clinicieni în cadrul unei consultații nu constituie în nici un caz niște „rețete" care pot fi aplicate în mod rigid, căci consultația se înscrie în istoria unei relații între două persoane și folosirea unor interacțiuni de limbaj. Am dorit să atragem atenția viitorilor clinicieni asupra diverșilor parametri și a diverselor dimensiuni ale consultației, cunoașterea lor permițând un mai bun control al propriei atitudini. Dorim să insistăm și asupra necesarei complementarități dintre practică și cercetare. Opunerea celor două câmpuri nu poate duce decât la sărăcirea lor. Clinicianul este atât practician, cât și cercetător, căci numai prin punerea sub semnul întrebării a datelor culese pe teren se elaborează toate teoriile care fundamentează bogăția și diversitatea psihologiei clinice și mai ales a consultației clinice.

LECTURI RECOMANDATE

Blanchet, A. (1991), *Dire et faire dire. L'entretien*, Paris, A. Colin.

Blanchet, A. & col. (1997), *Recherche sur le langage en psychologie clinique*, Paris, Dunod.

Brassac, C. (1992), „Analyse de conversations et théorie des actes de langage", *Cahiers de linguistique française*, 13, pp. 62–75.

Chiland, C. (1997), *L'entretien clinique*, Paris, PUF.

Fernandez, L. & Catteeuw, M. (2001), *La recherche en psychologie clinique*, Paris, Nathan.

Ghiglione, R. (1986), *L'homme communiquant*, Paris, Armand Colin.

Ghiglione, R. & Blanchet, A. (1991), *Analyse de contenu et contenus d'analyses*, Paris, Dunod.

Jenny, J. (1997), „Méthodes et pratiques formalisées d'analyse de contenu et de discours dans la recherche française contemporaine. États des lieux et essai de classification", *Bulletin de méthodologie sociologique*, pp. 64–112.

Reinert, M. (1999), Quelques interrogations à propos de l'object d'une analise de discours de type statistique et de la réponse „Alceste", *Langage et société*, 90, pp. 57–70.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

7. Elaborarea unui proiect de cercetare

de Șerban Ionescu

Studiile universitare implică un prim contact sistematizat cu cercetarea. Lucrul acesta se face, în primul rând, prin aflarea rezultatelor care alimentează în mod constant corpusul cunoștințelor din respectivul câmp disciplinar. În același timp, discutarea datelor provenite din cercetare constituie o excelentă școală a criticii argumentate. În sfârșit, perioada studiilor este și un prilej, pentru student, să întreprindă un prim exercițiu a cărui amploare este mai mult sau mai puțin importantă. Unii îi prind gustul și aleg să continue, adoptând filiera studiilor care duc la obținerea unui doctorat. În câmpurile subdisciplinare ale psihologiei clinice și a psihopatologiei, se observă și întoarcerea la universitate, pentru studii doctorale, a unor psihologi clinicieni, după mai mulți ani de practică, psihologi care vin în minte cu întrebări ce-și caută răspunsul.

Obiectivul acestui capitol este să aducă elementele de bază pentru elaborarea unui proiect de cercetare în psihologia clinică și psihopatologie. Totuși, înainte de a prezenta aceste elemente, trebuie să precizăm de ce anume desfășurarea cercetării în aceste două câmpuri subdisciplinare nu se poate realiza prin folosirea acelorași indicații ca pentru celelalte câmpuri subdisciplinare ale psihologiei predate la universitate.

Explicația ține de obiectele studiate în psihologia clinică și în psihopatologie. Dacă, pentru psihopatologie, cvasiunanimitatea cercetătorilor este de acord pentru a considera că e vorba despre tulburări mentale, vizând, în mod aparte, clasificarea, mecanismul și evoluția acestora, obiectul/obiectele psihologiei clinice sunt mai greu de precizat. Această dificultate este strâns legată de cea a definiției psihologiei clinice înseși. Flieller (2003) scria, pe drept cuvânt, că psihologia clinică „este o disciplină care nu se lasă definită cu ușurință" (p. 317). Mai mult, este important să subliniem existența unei

specificități franceze în materie. Spre deosebire de evoluția observată în Europa sau în Statele Unite, unde psihologia clinică este, înainte de toate, corespondenta unui domeniu de intervenție, în Franța, psihologia clinică se definește prin trei elemente (Pédinielli, 1994): *a.* un *demers* (caracterizat prin luarea în calcul a singularității subiectului, considerat în globalitatea sa); *b.* o *metodă* (studiul de caz și observarea nonstandardizată) și *c.* un *domeniu de aplicație* (mai mult sau mai puțin vast, dar care, pentru unii, se întinde de la maladie la dificultățile de adaptare). În mod predominant, în Franța, psihologia clinică se raportează la conceptele și practica psihanalizei. Totuși, toată lumea este gata să recunoască faptul că psihologia clinică și psihanaliza sunt două discipline distincte. Mai recent, alte abordări teoretice (mai ales cognitivismul) au investit câmpul psihologiei clinice.

Publicațiile franceze ce se referă la cercetarea în psihologia clinică se disting prin locul important acordat cercetătorului și relației sale cu obiectul cercetării pe care o realizează. Aceasta este „îmbinarea dintre observator și obiectul său" despre care vorbește Devereux (1980), în *De l'angoisse à la méthode*. Într-adevăr, orice metodă în științele umane și orice investigație mobilizează atât procesele transferențiale din partea obiectului uman studiat, cât și atitudinile contratransferențiale ale subiectului cercetător (Bydlowski, 1995).

În cercetarea clinică, cercetătorul se află „în miezul dispozitivului" (Marty și Marie-Grimaldi, 2004, p. 7). Prin urmare, nu este de mirare că, atunci când există interes pentru metodologia cercetării, sunt puse unele întrebări care de obicei lipsesc. Faptul acesta echivalează, așa cum fac Marty și Marie-Grimaldi, cu abordarea (chiar dacă numai „într-un anumit fel") libidoului cercetătorului, a pasiunilor, dispozițiilor sale. Introducând astfel dimensiunea subiectivă a cercetătorului și obiectului său, cercetarea în clinică „răstoarnă problema obiectivității, tratând-o în primul rând prin caracterul eminent subiectiv al câmpului său" (*ibid.*, p. 8).

A. Cercetare și practică

Așa cum amintește Robert-Tissot (1997), raporturile pe care le întreține cercetarea și practica sunt „complexe și adesea conflictuale". Cauzele

sunt multiple. Problemele de comunicare existente între universitarii-cercetători și practicieni, probleme datorate diferențelor de statute sociale, de limbaj și de implicare, constituie una dintre principalele cauze (Ionescu, 1987). Publicațiile, articolele de cercetare dovedesc, adesea, un înalt nivel de abstracțiune, au, în multe cazuri, un caracter pronunțat teoretic, prea tehnic și se îndepărtează de problemele clinice la care ar trebui să poată aduce soluții. Potrivit anchetelor realizate, din cauză că percep cercetarea în psihoterapie ca pe un „control al calității" al practicilor și teoriilor, cei mai mulți practicieni ignoră rezultatele cercetărilor efectuate asupra psihoterapiilor, considerându-le limitate și fastidioase, deoarece pun prea mult accentul pe metodologie și prelucrările statistice.

Concepută de unii autori ca o practică, psihologia clinică nu poate să aibă decât relații complicate — din punct de vedere istoric, dar și epistemiologic — cu cercetarea și construcțiile teoretice. Considerând că psihologia clinică este „un ansamblu de cunoștințe și de practici profesionale care răspunde unei cereri de a ști și de a fi tratat a unui subiect, în ceea ce-l privește", Blanchet (1988, p. 88) lasă să se întrevadă o posibilă articulare a singularității psihice (situată în centrul concepției tradiționale franceze a psihologiei clinice) cu practica și cercetarea.

Un exemplu interesant este constituit de cercetarea care vizează evaluarea efectelor psihoterapiilor, temă aflată în centrul mai multor dezbateri. Examinarea publicațiilor disponibile confirmă existența unei specificități franceze (Ionescu, 1998). Într-adevăr, autorii francezi (spre deosebire de colegii lor anglo-saxoni) acordă un loc mai important problemelor epistemiologice. Una dintre aceste probleme este chiar aceea a pertinenței evaluării fenomenelor psihoterapeutice. Subtile, individuale, adesea intersubiective, aceste fenomene s-ar potrivi cu greu unei cuantificări după modelul științelor experimentale. Din această cauză, cercetarea în psihoterapie oscilează între un pol idiografic (cel al fenomenelor unice, nonrepetabile și pentru care nu se poate da o descriere individualizată) și un pol nomotetic (cel al punerii la încercare a unor ipoteze din ce în ce mai generale, care încearcă să definească legi, să stabilească relații repetabile).

Un alt element al specificității franceze este preferința manifestă pentru evaluarea *efectelor* psihoterapiilor, și nu a *rezultatelor* acestora. Faptul acesta traduce alegerea unui unghi mai larg de observare. Să menționăm și propunerea de evaluare, pentru fiecare tehnică psihoterapeutică, a unui ansamblu de efecte parțiale, fără emiterea unei judecăți globale. Extinderea țintelor evaluării implică aspecte

puțin studiate, ca evaluarea investirii pacienților în raport cu diferitele abordări psihoterapeutice sau aspectele informale ale tratamentului și reprezentările pe care pacienții le au despre propriile lor dificultăți.

Unul dintre punctele care provoacă dezbateri este problema cercetării întreprinse pe proprii pacienți. Pornind de la faptul că „psihanaliza este o știință intimistă pentru care cercetarea este, înainte de toate, problema câtorva, analizanzi și analiști", Marty și Marie-Grimaldi (2004, p. 8) consideră că „fiecare cabinet de clinician constituie în mod potențial un minilaborator de cercetare asupra proceselor psihice". Această poziție, împărtășită de numeroși psihanaliști, merită o reflecție aprofundată. Revault d'Allonnes (1999) precizează că, dacă practica clinică amintește de cercetare, ea nu este cercetare. De asemenea, să reflectezi asupra practicii nu înseamnă să faci cercetare. „Aceasta presupune un alt timp, o altă distanță, descentrări: un traseu specific distinct de acela al practicii și totuși în mod divers legat de ea, dar și dispozitive și o instrumentare proprii" (p. 20).

B. Metoda clinică

Faptul că psihologia clinică este adesea definită în raport cu metoda clinică impune cunoașterea acestei metode. Ea se referă, pe de o parte, la ansamblul tehnicilor utilizate în cadrul practicii clinicienilor și, pe de altă parte, la „demersul clinic" centrat pe individualitate, singularitate și implicare, care permit descoperirea originii și semnificației conflictelor și conduitelor ființei umane.

Ceea ce se numește metoda clinică se bazează, potrivit lui Sanzana (1997), pe un triptic care cuprinde: *a.* observarea; *b.* măsurarea sau dimensionalizarea trăsăturilor; *c.* luarea în calcul a relației clini-

---

7 În prefața la *L'examen psychologique en clinique. Situations, méthodes et études de cas*, Catherine Chabert (2004) scrie: „Examinarea psihologică ce, nu cu multă vreme în urmă, părea atât de îndepărtată de psihanaliză, constituie astăzi o situație clinică esențială, susținută de cele mai operante concepte ale teoriei freudiene, pentru că ține de un moment decisiv în devenirea persoanei căreia îi este propusă: determinată de un proiect riguros de investigare a diferitelor modalități de conduite psihice de care dispune subiectul, este strâns articulată cu implementarea unui tratament, cel mai pertinent cu putință" (p. XIII).

cian/subiect. Unele abordări teoretice privilegiază mai mult măsurarea[7], altele, observarea sau legătura psiholog clinician/subiect. Pentru Pedinielli (1994), instrumentele metodei clinice sunt diverse. Printre ele se numără: consultația (principalul instrument al psihologului clinician), testele și scalele, observația clinică (ale cărei rezultate sunt situate în cadrul singularității persoanei și care implică luarea în calcul a influenței observatorului asupra observării), producțiile grafice (desene, jurnale intime, scrieri etc.) și studiul de caz. Acesta din urmă este central, iar unii autori, așa cum amintește Pedinielli, refutează termenul de „clinică" pentru orice abordare care nu face referire la studiul de caz.

În opoziție cu clinica „cu mâinile goale", se vorbește despre o clinică „armată", atunci când psihologul clinician utilizează material standardizat, adică teste, scale sau atunci când practică observația standardizată. Să precizăm și că metoda clinică implică o limitare a constrângerilor care impietează asupra culegerii materialului. Scopul său nu este obținerea unui rezultat precis, ci mai degrabă un ansamblu de elemente ale căror interrelații este important să fie analizate. Pentru unii psihologi clinicieni francezi, termenul „clinică" nu se poate aplica decât la activitățile noninstrumentale.

Tehnicile constitutive ale metodei clinice pot fi folosite nu doar în practică, ci și în activitatea de cercetare, de producere a cunoștințelor. Evident că este necesar să se ia în calcul unele schimbări. Vom da aici exemplul consultației.

Consultația de cercetare este un dispozitiv prin care o persoană A favorizează producerea unui discurs al unei persoane B pentru a obține informații înscrise în biografia lui B (Labov și Fanshel, 1977). Aceasta reprezintă un instrument indispensabil pentru accederea la informații subiective ale indivizilor (biografii, evenimente trăite, credințe etc.). Consultația de cercetare este un instrument al anchetei. Se distinge de *consultația clinică* prin procese de interacțiune de diferite ordine, din momentul în care un cadrul dat sau un contract de comunicare (Ghiglione, 1986) situează consultația fie în anchetă, fie în clinică.

Atunci când vorbim despre *consultație clinică de cercetare* (Chahraoui și Bénony, 2003), termenul de „clinică" ne trimite, pe de o parte, la practicile și intervențiile psihologului clinician (ne situăm aici în domeniul îngrijirilor de sănătate) și, pe de altă parte, la o atitudine clinică caracterizată de centrarea pe subiect, înțelegerea empatică, neu-

tralitatea binevoitoare, respectul. Această atitudine corespunde unui demers metodologic care vizează o cunoaștere aprofundată a individului și unei luări de poziție pe plan etic în fața unui subiect aflat în suferință psihologică. Comparativ cu consultația de cercetare practicată în alte discipline, consultația clinică de cercetare în psihologie se caracterizează prin faptul că accentul este pus pe dimensiunea intersubiectivă și interactivă a consultației.

Consultația clinică de cercetare poate fi: nondirectivă, semidirectivă și directivă. Într-o consultație *nondirectivă*, cercetătorul pune o întrebare de început, bine pregătită, iar apoi nu mai intervine, mulțumindu-se cu unele replici (de exemplu, reformulând ultimul cuvânt sau ultima frază pronunțată de către subiect, dând din cap etc.). În cazul consultației clinice *semidirective*, cercetătorul utilizează un ghid de consultație. Întrebările sunt puse într-un moment considerat oportun al consultației clinice. Apoi, cercetătorul îl lasă pe subiect să asocieze pe tema propusă, fără să-l întrerupă. Consultația *directivă* corespunde unui chestionar alcătuit din întrebări la care subiectul trebuie să răspundă în ordinea în care îi sunt puse.

Consultația clinică de cercetare poate fi analizată cu diferite metode (Poussin, 2003), printre care:

— *analizele de conținut* (printre care se numără analiza tematică), care încearcă să surprindă sensul mesajelor dintr-un discurs;

— *analiza propozițională a discursului* (sau APD), bazată pe unitatea de decupaj reprezentată de propoziție, realizabilă și cu ajutorul programului TROPES;

— *analizele semiotice*, care corespund, potrivit lui Poussin, cel mai bine nevoilor clinicienilor.

C. Studiul de caz și cercetarea unui caz unic

Studiul de caz ocupă un loc important în dezvoltarea medicinei și mai ales a psihiatriei. Elaborarea nosologiei a fost, în mare parte, bazată pe descrierile de caz (Ionescu, 1998). Studiul de caz ocupă și un loc central în dezvoltarea psihologiei clinice și a psihopatologiei. Cazul Anna O. a jucat un rol esențial în apariția psihanalizei, ca și celelalte ca-

zuri prezentate în *Studii despre isterie* și în *Cinq psychanalyses*[8]. Widlöcher (1990) subliniază faptul că, de-acum o sută de ani, descrierea cazului tip rămâne obiectul privilegiat al comunicării științifice în psihanaliză.

Dezvoltările metodologice notate în cursul ultimei pătrimi a secolului al XX-lea au pătat, într-un anume fel, reputația studiilor de caz. În *Argumentul* numărului consacrat „Istoriilor de caz" din *Nouvelle Revue de Psychanalyse* (1990, nr. 42), este amintit faptul că termenul de „istorie de caz [...] ar ceda atracției romanescului sau faptului divers". Pe de altă parte, cuvântul *caz* nu are o reputație prea bună. În *Argument*, se spune că „pacienții noștri nu sunt nici ilustrări ale unui tratat de psihopatologie, nici materie pentru statistici".

Mai recent, se poate observa o reală revigorare a interesului pentru metoda cazului unic. Lucrul acesta se explică prin faptul că studiile realizate pe grupuri nu răspund, în mod satisfăcător, nici la întrebările referitoare la procesul de schimbare terapeutică și nici la nevoia de a testa modele teoretice în clinică.

„Una dintre puterile studiului de caz rezidă în capacitatea sa de a produce excelente descrieri individuale. Dacă ne situăm într-o perspectivă *idiografică*, obiectivul clinicianului este tocmai cunoașterea subiectului în totalitatea și unicitatea sa" (Ionescu, 1998). Atunci când observația vizează un singur obiect și pune astfel în evidență prezența sau absența unei trăsături unice, Widlöcher (1990) vorbește despre *cazul singular*. Acesta ar fi de două ori unic: mai întâi, pentru că se bazează pe individualitatea subiectului observat și apoi, pentru că fundamentează pe unicitatea observației dovedirea ipotezei. Pentru Widlöcher, primele observații psihanalitice — cele care se regăsesc în *Studii despre isterie* și în *Cinq psychanalyses* — țin de această logică.

În sfârșit, să menționăm că studiul de caz favorizează *formularea de ipoteze* (Huber, 1987). Ea permite descoperirea, duce adesea la construirea unor modele (referindu-se, așadar, la noțiunea de tip și nu la cea de normă), află o legitimitate și un loc aparte în ceea ce Moles a numit „științele nedefinitului" (Widlöcher, 1990).

Metoda cazului unic are și limite care sunt în mod clar subliniate de diferiți autori. Astfel, Huber (1987) insistă asupra faptului că problemele comparației, generalizării, evidențierii unor relații cauzale și admi-

8 În literatura psihanalitică franceză, volumul *Cinq psychanalyses* cuprinde cele cinci cazuri clinice mai importante publicate de către Freud: Dora (isterie), Micul Hans (fobie), Omul cu șobolani (nevroză obsesională), președintele Schreber (paranoia), Omul cu lupi (nevroză infantilă). (*N. t.*)

nistrării dovezii trebuie să fie abordate cu alte metode decât studiul de caz. La rândul său, Widlöcher (1990) precizează că observația unui fapt anume la un singur individ nu permite decât o judecată de existență.

Metoda cazului se elaborează pornind de la doi poli (Doron, 2003). *Primul* pol se organizează pornind de la conceptul de identitate narativă, adică de la povești ale vieții (orale sau scrise). Termenul „povestea vieții" desemnează narațiunea sau povestirea (scrisă sau orală) realizată de persoana însăși a propriei sale vieți sau a unui fragment din aceasta. Povestea vieții de cercetare este povestirea de viață suscitată la cererea unui cercetător. Acest tip de povestire își află principalele origini în, pe de o parte, etnologie sau antropologia culturală și, pe de alta, în sociologie. Utilizată mai recent în psihologie, povestirea de viață constituie o metodă apropriată „abordării istoriei de viață singulară, dar și abordării nenumăratelor fenomene individuale care ar avea numai de câștigat dacă ar fi luminate din perspectiva acestei istorii" (Legrand, 1993, p. 184).

Al *doilea* pol al metodei cazului se organizează după evaluările cu scop obiectiv ale manifestărilor măsurabile ale vieții psihice, permițând situarea unui individ în raport cu o normă sau o populație. Astfel, la ora actuală este posibil să se realizeze anumite cercetări asupra variațiilor emoției unui individ dat în cursul unei zile. Metoda de eșantionare a experiențelor (Swendsen și Bourgeois, 1999) permite „capturarea" fluctuațiilor de stări mentale ale vieții cotidiene. Ziua este decupată în tranșe orare, iar ceasul sună o dată la trei ore. Subiectul care participă la cercetare completează atunci un chestionar în care evaluează manifestările de angoasă, de depresie și eventualele consumuri de substanțe (ca, de pildă, alcool), utilizate pentru atenuarea manifestărilor respective.

În ultimul sfert de secol, reflecția asupra cercetării cu caz unic s-a dezvoltat mult și s-au deschis noi perspective metodologice. Astfel, Hilliard (1993) definește cercetarea cu caz unic ca tipul de cercetare intrasubiect (cu alte cuvinte, care vizează studiul longitudinal, la un singur subiect, la variația uneia sau mai multor variabile pertinente), care se caracterizează, pe de o parte, prin faptul că datele individuale sunt tratate separat (evitându-se agregarea lor) și, pe de alta, prin acela că problema generalizării rezultatelor este abordată prin replicarea cercetării pe un singur caz odată.

Acest autor descrie trei categorii de cercetări cu caz unic:

a / studiul de caz care nu implică nici o cuantificare formală și duce la o culegere de date calitative;

b / analiza cantitativă cu caz unic vizează utilizarea, pe cazuri unice, a unor tehnici cantitative de analiză temporală a variabilelor (ca analiza secvențială). Nu există totuși vreo manipulare directă a variabilelor studiate;

c / experimentarea cu caz unic se referă la planurile de cercetare cu caz unic și permite culegerea unor date cantitative, implică manipularea variabilei independente și permite testarea ipotezelor.

D. Noțiuni de metodologie a cercetării

În această parte a capitolului, vom trece în revistă noțiunile fundamentale pentru elaborarea unui proiect de cercetare.

I. Problematica

Această secțiune este consacrată etapei de debut a oricărei cercetări. Este vorba despre demersul care implică formularea unei probleme de cercetare și care duce la ipoteză. Problematica (sau problema) de cercetare se referă la o întrebare la care cunoștințele disponibile nu permit încă aducerea unui răspuns satisfăcător sau suficient. Prezentarea problematicii de cercetare echivalează, în esență, cu răspunsul la întrebarea: „De ce avem nevoie de realizarea acestei cercetări și de cunoașterea rezultatelor sale?"

Situațiile care scot în evidență o problematică sunt diverse. Să luăm câteva exemple!

În 1987, teama de SIDA în populația generală apărea ca fiind importantă. O cercetare bibliografică în băncile de date ne-a arătat că nu existau răspunsuri la mai multe întrebări pe care ni le pusesem: „Există variații culturale ale intensității spaimei de sida și de persoanele infectate cu HIV?", „Care sunt caracteristicile psihologice individuale ce au legătură cu teama de SIDA și cu respingerea persoanelor infectate cu HIV?" Aceste întrebări ne-au dus spre elaborarea unui pro-

iect de cercetare (Ionescu și Jourdan-Ionescu, 1989) care ne-a permis să ajungem la următoarele concluzii:

- studenților din universitatea din Quebec le este mai frică de SIDA decât colegilor lor din universitățile pariziene;
- studenților de origine africană (și, mai ales, cei din Africa neagră) le este mai frică de SIDA decât studenților francezi;
- atitudinile în fața SIDA sunt în relație cu programul de studiu la care sunt înscriși studenții;
- teama de SIDA prezintă legături cu homofobia și anxietatea față de moarte.

Alte situații scot în evidență o anumită problematică. Astfel, dificultatea/imposibilitatea generalizării concluziilor studiilor asupra efectelor patogene ale traumatismului a dat naștere unui curent important de cercetare asupra rezilienței și factorilor de protecție. În alte cazuri (destul de frecvente), problematica este generată de diferitele concluzii la care ajung diferiții cercetători ce lucrează pe aceeași temă. Atenta examinare a publicațiilor acestora poate evidenția unele diferențe metodologice (legate de populațiile studiate sau de instrumentele folosite). Această constatare duce la elaborarea unor noi proiecte. Să menționăm, în sfârșit, diferitele predicții referitoare la un fenomen făcute pornind de la poziții teoretice diferite. Un exemplu ar putea să fie constituit de fenomenul de substituire a simptomelor după unele terapii de orientări diferite (psihanaliză și terapie comportamentală). Or, anumite publicații arată că substituirea simptomelor este observată nu doar după unele terapii comportamentale, ci și după cure analitice.

În alte situații, problemele de cercetare își au originea în experiența personală a cercetătorului: practici care eșuează sau care au consecințe neașteptate, evenimente problematice recurente, situații care comportă un fenomen aparte, curios sau uimitor.

II. Ipotezele

Ipoteza este o declarație în legătură cu relația dintre două variabile, cu referire la ceva care ar putea să fie adevărat dacă soluția pe care o propune cercetătorul pentru problemă este corectă (Philippot, 2000).

EDUCATIONAL UNIVERSITY LIBRARY

Este important să se diferențieze ipoteza generală, care nu este în mod direct verificabilă sau care ar putea fi verificată printr-o diversitate de strategii, de unele ipoteze operaționale, care se referă la operații concrete ce trebuie implementate pentru a scoate în evidență evenimentele față de care există interes sau pe care vrem să le măsurăm. Aceste ipoteze trebuie să prezinte în mod clar variabilele avute în vedere.

O altă exigență din timpul formulării ipotezelor este ca acestea să fie riguroase: predicția făcută nu este valabilă decât în măsura în care este coerentă cu ansamblul cunoștințelor despre subiect. Faptul acesta implică o informare bibliografică aprofundată, realizabilă prin utilizarea principalelor baze de date: *Psychological Abstracts*[9] și *Pascal*[10] (în limba franceză).

Ipoteza trebuie să fie verificabilă. Prim urmare, este neapărat necesar să poată să fie testată și să se spună dacă este adevărată sau falsă. O ipoteză este verificată atunci când se poate extrage o concluzie în legătură cu conținutul predicției enunțate.

Spre deosebire de credința destul de răspândită printre debutanți în materie de cercetare, nonvalidarea, infirmarea unei ipoteze constituie un rezultat pozitiv. Acest rezultat diminuează incertitudinea cercetătorului, îl determină să încerce să înțeleagă infirmarea ipotezei sale și îi permite să formuleze alte întrebări.

Să precizăm și că, în anumite situații, precum abordarea unor obiecte de cercetare noi, puțin explorate, o problemă de cercetare bine pusă poate adesea să fie de ajuns pentru orientarea corectă a cercetărilor de tip exploratoriu.

III. Alegerea instrumentelor

Alegerea instrumentului trebuie să permită testarea ipotezei formulate. Această alegere trebuie să fie făcută ținându-se cont de calitățile psihometrice ale instrumentului (fidelitate, validitate). Pentru ca o comparație a rezultatelor cu acelea ale celorlalți cercetători care

9 Vezi www.apa.org-psycinfo/ (*N. t.*).

10 *Pascal* este o bază de date multilingvistică și multidisciplinară — produsă de INIST (Institut de l'Information Scientifique et Technique) — care conține esențialul literaturii mondiale în materie de științe, tehnologie și medicină (*N. t.*).

lucrează în același domeniu să fie posibilă, este util să se țină cont de instrumentul utilizat de aceștia, dar și de comentariilor lor referitoare la respectivul instrument.

Pentru instrumentele elaborate într-o altă țară, este indispensabil să se verifice echivalența celor cinci dimensiuni majore: echivalența conținuturilor, echivalența semantică (prezervată, mai ales, prin folosirea procedeului de retro-traducere sau de traducere inversă), echivalența tehnică (pertinența modului de culegere a datelor), echivalența în ceea ce privește criteriul (aceea a interpretării rezultatelor în funcție de norme) și echivalența conceptuală (cercetătorul trebuie să se asigure că instrumentul măsoară același lucru în fiecare cultură) (Ionescu, 2005).

Pentru căutarea instrumentelor, recomandăm — pe lângă consultarea specialiștilor în subiectul respectiv — unele lucrări specializate, ca aceea publicată de Bouvard și Cottraux (1996), și cataloage, ca *Mental Measurements Yearbook* publicat de Buros, reactualizat periodic.

IV. Eșantionarea

Imposibilitatea de a lucra asupra totalității cazurilor vizate obligă la utilizarea unui eșantion. Acesta prezintă avantaje considerabile în termeni de economie de timp, de bani și de energie. De obicei, se acceptă că validitatea unei concluzii formulate pe baza unor informații obținute pe un eșantion depinde de caracterul mai mult sau mai puțin reprezentativ al acestui eșantion în raport cu populația din care provine el.

Pot fi utilizate două tipuri de eșantionare: eșantionarea probabilistă sau aleatorie și eșantionarea empirică (Voyer *et al.*, 2000). Tehnicile de eșantionare aleatorie, aplicabile atunci când probabilitatea de a fi inclus în eșantion este cunoscută pentru toate elementele populației, permit constituirea a trei tipuri de eșantioane: aleatorii simple, stratificate și în ciorchini.

— *Eșantionarea aleatorie simplă* se referă la cazul în care fiecare dintre unitățile populației are o probabilitate egală să aparțină eșantionului. Tehnica de bază pentru constituirea unui asemenea eșantion constă în numerotarea fiecărui element al populației și reținerea unui anumit număr printr-un procedeu de tragere la sorți.

— *Eșantionarea stratificată* se realizează prin împărțirea populației în subpopulații sau straturi, în funcție de un anumit număr de criterii, și, mai apoi, prin constituirea unui eșantion aleatoriu pentru fiecare strat. Eșantionul total rezultă din combinarea acestor diverse subeșantioane sau a eșantioanelor simple ale acestor subpopulații.

— *Eșantionarea în ciorchini* este adoptată fie atunci când este foarte greu să se identifice fiecare element al unei populații, fie atunci când este mai practic să se selecționeze grupuri de indivizi. Se vorbește despre eșantionare în ciorchini (sau pe ciorchini) pentru desemnarea modului de extragere în care unitățile eșantionate cuprind fiecare un anumit număr de participanți. În acest caz, toate elementele unui ciorchine sau ale unui bloc aparțin din oficiu eșantionului. Un exemplu edificator este extragerea unui eșantion pe clase, mai ușor de realizat decât selecția unor elevi repartizați peste tot într-o școală sau în mai multe instituții.

Există și alte procedee de eșantionare care, spre deosebire de tehnicile aleatorii, nu sunt fundamentate pe eșantionare. Aceste procedee sunt considerate empirice. Principalele tipuri de eșantion nonprobabilist sunt: eșantionul *accidental*, eșantionul format din *voluntari*, eșantionul *areolar* și eșantionul *pe cote*. Atunci când constituie un eșantion accidental, cercetătorul ia cazurile care se prezintă la un moment și loc date, fără ca lucrul acesta să aibă vreo legătură cu obiectul anchetei sale și până când ajunge la numărul de participanți dorit. Acest eșantion nu reprezintă totuși nici o populație bine definită. Deși este vorba despre un procedeu foarte economic, această modalitate de a proceda este foarte riscantă, pentru că este o importantă sursă de erori. Foarte utilizat în cercetarea în științe umane și sociale, *eșantionul constituit din voluntari* pune problema posibilei generalizări a rezultatelor. Căci aici nu se știe până la ce punct voluntarii se comportă în același fel ca cei care aparțin populației vizate, dar care nu acceptă să participe. Al treilea tip de eșantion empiric este *eșantionarea areolară* care este puțin utilizată în domeniul psihologiei. Această metodă, numită și „metoda itinerariilor forțate sau topografice", se aplică pe teren. Anchetatorul primește anumite consemne formale referitoare la itinerariul de urmat, la alegerea rezidențelor de vizitat, dar și la caracteristicile pe care trebuie să le prezinte persoanele interogate. Al patrulea tip de eșantionare empirică este *eșantionarea pe cote* care seamănă mult cu eșantionarea stratificată descrisă mai devreme, în cadrul tehnicilor de eșantionare aleatorie. Acest

procedeu se desfăşoară în patru etape: *a.* împărţirea populaţiei în subcategorii, în funcţie de una sau mai multe variabile de stratificare; *b.* culegerea de date statistice legate de efectivele fiecărei subcategorii; *c.* determinarea cotelor ce trebuie respectate şi *d.* selecţia participanţilor. Deşi are limite (mai ales, pentru că nu îngăduie evaluarea preciziei estimărilor), metoda cotelor este un procedeu valabil în absenţa unei baze de sondare adecvate sau a unei liste exhaustive a elementelor populaţiei.

Una dintre problemele importante referitoare la eşantionare este aceea a determinării mărimii unui eşantion. Cercetătorii sunt unanimi în a recunoaşte următorul fapt: cu cât eşantionul este mai mic, cu atât eroarea este mai mare.

Meltzoff (2003) aminteşte că una dintre principalele critici aduse studiilor care nu ajung la nici un rezultat este numărul insuficient de subiecţi. Răspunsul dat cercetătorului care e gata să elaboreze un proiect de cercetare şi care se întreabă: „De câţi subiecţi are nevoie?" este, potrivit lui Meltzoff, „Cât mai mulţi cu putinţă". Numărul „posibililor" este repede ajustat, devenind numărul de „subiecţi posibili" convinşi să participe. Fezabilitatea intervine în mod clar în acest context. Unele procedee statistice precise permit totuşi calcularea cu exactitate a numărului de subiecţi necesari. Tuturor acelora care doresc să se informeze şi să adopte o decizie bine argumentată referitoare la numărul de subiecţi le recomandăm tehnica „analizei forţei" propuse de Cohen (1969, 1992) şi lucrarea lui Kraemer şi Thiemann (1987) intitulată „Câţi subiecţi?"

V. Factori care reduc validitatea unei cercetări

O cercetare este considerată validă dacă ajunge la unele concluzii cărora li se poate acorda un anumit credit cu o rezonabilă încredere. Mai mulţi factori pot să reducă validitatea sau chiar să invalideze o cercetare. După ce a efectuat o trecere în revistă a literaturii de specialitate, Robert (1988) alcătuieşte o listă cu doisprezece agenţi care pot să acţioneze asupra validităţii:

a / aşteptările cercetătorului, mai ales în ceea ce priveşte confirmarea ipotezei, pot să-l facă să-l informeze pe subiect, involuntar (prin

cuvinte sau prin comunicarea sa nonverbală), în privința răspunsurilor scontate;

b / așteptările subiectului referitoare la ceea ce face participând la cercetare (în cadrul rolului său de subiect, participantul poate să acționeze, mai ales pentru a fi judecat în mod pozitiv, în felul despre care crede că este cel care îl interesează pe cercetător);

c / fluctuațiile atenției cercetătorului ca observator (oboseala, mai ales în timpul activităților repetitive, poate duce la o scădere progresivă a capacității de observație);

d / nerespectarea criteriilor stabilite pentru alegerea subiecților participanți la cercetare (după regulile de eșantionare care au fost prezentate mai sus, la punctul IV);

e / folosirea mai multor instrumente de cercetare (este vorba, de pildă, despre efectul rezidual al administrării unui instrument asupra rezultatelor la instrumentul administrat după aceea). Faptul acesta implică, eventual, contrabalansarea efectelor prin schimbarea, în mod planificat, a ordinii de utilizare;

f / regresia statistică ce rezultă din evaluări repetate care pot determina migrația valorilor măsurilor înspre medie. Acest fenomen este mai marcat la subiecții care, la început, au dat răspunsuri situate spre extremitățile distribuției obținute pentru ansamblul subiecților;

g / în timpul unor evaluări repetate, rezultatele obținute pot să fie influențate de procesul de maturare asociat dezvoltării. Prin urmare, schimbările notate pot să nu fie în legătură cu efectele variabilelor din studiu, ci să reflecte anumite schimbări imputabile maturării;

h / unii factori legați de istoria subiectului, de evenimentele vieții sale, care au un efect asupra funcționării psihice a subiectului în momentul participării la cercetare;

i / diminuarea, în timp, a efectivului subiecților, fenomenul de pierdere a unor subiecți este imposibil de prezis în timpul selectării subiecților, neputând fi compensat decât în anumite cazuri;

j / pierderea diferențială a unor subiecți atunci când cercetătorul lucrează cu mai multe grupuri (echivalența sau comparabilitatea grupurilor riscă să fie puternic afectată de pierderile care variază de la un grup la altul);

k / efectul combinat al mai multor factori descriși mai sus;

l / contaminarea rezultatelor, urmare a efectului unei variabile necontrolate. Astfel, un cercetător îi poate atribui unei variabile diferenţele constatate când, de fapt, ele sunt atribuibile unei alte variabile care invalidează rezultatele cercetării.

Cei doisprezece factori menţionaţi pot afecta validitatea numită „internă" a unei cercetări. Cuvântul intern indică faptul că este vorba despre o validitate care are legătură cu obiectivele de pornire ale cercetării, cu unele probleme specifice cercetării în chestiune. Dacă validitatea internă este considerată satisfăcătoare, atunci cercetătorul trebuie să examineze validitatea externă a cercetării sale. Se pune atunci problema posibilităţii generalizării rezultatelor sau a concluziilor cercetării efectuate la alţi indivizi (validitate eşantionată) sau la alte contexte decât acelea pe care cercetătorul le-a avut în considerare (validitate ecologică).

VI. Prelucrare a datelor

Rari sunt psihologii cărora le plac statisticile! Această lipsă de afecţiune este încă şi mai evidentă la clinicieni... Şi totuşi, în anumite cercetări (efectuate pe grupuri), utilizarea metodelor statistice de prelucrare a datelor se dovedeşte indispensabilă.

Principala regulă este că cercetătorul nu trebuie să aştepte sfârşitul cercetării pentru a se gândi cum să prelucreze datele culese. Dacă trebuie să folosească sau nu metode statistice şi să precizeze care sunt aceste metode, iată o problemă pe care trebuie să şi-o pună *înaintea* culegerii datelor. Aceste decizii se conjugă cu definirea variabilelor ce trebuie studiate, cu definirea populaţiei (care include numărul de subiecţi) şi cu modelul de culegere a datelor.

Analizele statistice se fac cu ajutorul unor teste care ne permit să stabilim dacă există o legătură între variabile (test de independenţă) sau dacă există o diferenţă între grupuri (test de egalitate). În ambele cazuri, formulăm şi testăm o ipoteză nulă (notată Ho). Conform acestei ipoteze, afirmăm că nu există nici o legătură între variabilele studiate sau că nu există nici o diferenţă între grupurile pe care a fost realizată cercetarea. Testul statistic permite acceptarea sau respingerea ipotezei nule pe baza unei reguli care acceptă riscul de 5% de a respinge pe nedrept Ho.

Două tipuri de metode sunt disponibile pentru a testa existența unei legături între variabile sau a unei diferențe între grupuri: *a.* teste parametrice care cer mai ales ca distribuția datelor să fie normală, ca și efectivele minimale de subiecți; *b.* teste nonparametrice, mai puțin puternice, dar care nu impun nici o constrângere în privința distribuțiilor și sunt aplicabile la efective reduse.

Alte metode, mai complexe, permit compararea mai multor medii (analiză de varianță) sau luarea în calcul, în analize, a ansamblului variabilelor (analize multivariate, ca analiza factorială a corespondențelor și analiza în componente principale).

E. Chestiuni de etică

Cercetarea pe subiecții umani ridică problema responsabilității cercetătorului. Preocupați de chestiunile de etică și de abuzurile pe care le poate provoca activitatea științifică, mai multe grupuri de cercetători în psihologie au considerat că este foarte important să asigure, cu ajutorul unor coduri de conduită, protecția subiecților care participă la o cercetare.

Încă din 1972, Asociația americană de psihologie publică un Cod de etică, care cuprinde nouă principii fundamentale cu trimitere la responsabilitatea cercetătorului, la competența sa, la normele legale și morale, la declarațiile publice, la confidențialitate, la confortul psihic al utilizatorilor de servicii publice, la relațiile profesionale, la tehnicile de evaluare și la cercetarea cu subiecți umani.

Sabourin și Bélanger (1988) discută o serie de reguli ce trebuie respectate în cadrul cercetării psihologice. Pentru faza de elaborare a unui proiect de cercetare, trebuie respectate trei reguli:

- nici o cercetare asupra persoanei umane nu trebuie să fie realizată, dacă nu are ca scop ultim achiziția unor cunoștințe susceptibile să contribuie la ameliorarea stării și a condițiilor de viață ale individului și societății;
- nici o cercetare nu se justifică, dacă îl expune pe subiect la riscuri prea mari;

– cercetătorul are obligaţia să elaboreze cel mai bun proiect de cercetare de care este capabil.

Atunci când cercetătorul începe selectarea subiecţilor, trebuie respectată o altă regulă importantă: „Nici o cercetare nu trebuie să se facă pe persoana umană, dacă aceasta nu şi-a dat liberul consimţământ". Prin urmare, este vorba despre un acord consimţit fără nici cea mai mică presiune din partea nimănui. Numai persoana majoră şi înzestrată cu discernământ este capabilă să acorde un consimţământ liber pentru participarea sa. În cazul unor subiecţi vulnerabili, al unor persoane care prezintă tulburări mentale, al unor persoane handicapate mental şi al unor minori, este necesar ca, pe lângă consimţământul lor, să se obţină şi consimţământul tutorelui legal.

În timpul selectării subiecţilor, trebuie respectată cu scrupulozitate o altă regulă: „Nici o cercetare nu trebuie să se facă pe persoana umană, dacă aceasta nu şi-a dat consimţământul în deplină cunoştinţă de cauză". Informaţia dată subiectului trebuie să fie completă. Cercetătorul trebuie să descrie în mod exact şi clar obiectivele cercetării, utilitatea acesteia şi avantajele sperate. Are datoria să dezvăluie metodele folosite şi efectele previzibile, posibilele riscuri. Cercetătorul este obligat să-i prezinte potenţialului subiect tot ceea ce ar putea să-l determine să-şi refuze participarea. Chiar dacă şi-a dat acordul în acest sens, orice subiect trebuie să fie liber să se retragă, în orice moment, înainte sau în timpul desfăşurării cercetării.

O dată cercetarea terminată, cercetătorul „trebuie să vegheze la eliminarea efectelor consecutive negative". Această regulă se referă atât la efectele imediate, cât şi la efectele pe termen lung, la reacţiile mai întârziate.

Fiind „pe deplin responsabil pentru conducerea cercetării", cercetătorul trebuie să întrerupă orice cercetare care le-ar cauza necazuri sau suferinţe participanţilor.

În timpul analizei şi al interpretării rezultatelor, cercetătorul trebuie să respecte mai multe reguli:

– trebuie să analizeze şi să interpreteze obiectiv rezultatele;
– trebuie să recunoască importanţa limitată a interpretărilor sale şi să vegheze ca acestea să nu fie utilizate în alte scopuri decât cele prevăzute;
– are datoria de a proteja anonimatul subiecţilor şi de a menţine confidenţialitatea datelor.

BCU IAŞI CENTRU UNIVERSITAR LIBRARY

În timpul publicării rezultatelor, cercetătorul este obligat să respecte confidențialitatea informațiilor, mai ales atunci când este vorba despre studii de caz.

Guvernul francez a creat, în 1983, Comitetul consultativ național de etică pentru științele vieții și sănătății (Comité consultatif national d'éthique — CCNE), a cărui misiune este să dea anumite avize. În 1988 este promulgată în Franța legea referitoare la protecția persoanelor care participă la cercetări biomedicale, numită „legea Hurriet". Conform acestui text, medicii nu pot să realizeze nici o cercetare fără să fi obținut în prealabil consimțământul persoanelor vizate, numai după ce le-au prezentat în mod clar cercetarea. Această lege a dus la crearea, în regiuni, a unor Comitete consultative pentru protecția persoanelor care acceptă cercetarea biomedicală (Comités consultatifs pour la protection des personnes se prêtant à la recherche biomédicale — CCPPRB).

În chip de concluzie

Cercetarea este o activitate pasionantă care cere rigoare, răbdare, multă motivație, creativitate, simț critic și autocritic și o minte deschisă.

Niciodată nu trebuie să se uite că scopul final al cercetării este crearea unor noi cunoștințe, obținerea unor răspunsuri la anumite întrebări rămase fără răspunsuri sau pentru care răspunsurile obținute nu sunt sigure.

Comunicarea rezultatelor la colocvii și congrese este un excelent mijloc de a auzi ce fac ceilalți și, bineînțeles, de comunicare a propriilor rezultate și de validare a domeniului ales și a metodei utilizate.

Lecturi recomandate

Fernandez, L. & Catteeuw, M. (2001), *La recherche en psychologie clinique*, Paris, Nathan Université.

Santiago Delefosse, M., Rouan, G. *și col.* (2001), *Les méthodes qualitatives en psychologie*, Paris, Dunod.

BCU UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PARTEA A PATRA
DOMENII CONEXE

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

8. Neuropsihologia clinică

de Michèle Montreuil și Muriel Lezak

A. Definiție

Neuropsihologia are ca obiect de studiu perturbările cognitive, emoționale și ale comportamentului, provocate de leziuni cerebrale. Acest câmp disciplinar se situează la cumpăna dintre neurologie, psihiatrie, psihologie și, în general, a neuroștiințelor. Din neurologie, neuropsihologia păstrează raportarea constantă la leziunea cerebrală sau la dezorganizarea neurofiziologică răspunzătoare pentru tulburări (Cambier *et al.*, 2000). Pentru a descrie comportamentele, preia unele concepte din psihologie. Psihiatria aduce o lectură a tulburărilor psihopatologice și a factorilor de comorbiditate uneori asociați. Neuroștiințele pun în lumină activitățile mentale, prin, de exemplu, neuroimagistică (imagistica prin rezonanță magnetică — IRM, PET scan), și factorii de plasticitate și de restaurare cerebrală.

Mai multe definiții situează evoluția conceptului de neuropsihologie: „Neuropsihologia se află la cumpăna neuroștiințelor, pe de o parte, și a științelor comportamentului și ale relațiilor interumane, pe de alta", scrie Hecaen (1972). Deși restrictivă, definiția lui Seron și Jeannerod (1994) este fundamentată din punct de vedere istoric: „Sub termenul de neuropsihologie, se pare că avem dreptul de a delimita un domeniu mai ales al neurologiei în esență corticale, care-i interesează pe neurologi, clinicieni, psihiatri, psihologi, psihofiziologi și neurofiziologi. Acest domeniu se referă la tulburările activităților mentale superioare..."

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Potrivit poziției contemporane a Societății de neuropsihologie de limbă franceză (SNLF), neuropsihologia se ocupă de relațiile dintre procesele mentale care susțin activitatea creierului, funcțiile cognitive, comportamentul emoțional, căci afectările cerebrale influențează atât eficiența cognitivă, cât și funcționarea emoțională și comportamentele subiectului.

Competența psihologilor clinicieni specializați în neuropsihologie trebuie să se bazeze pe cunoașterea bazelor neuronale ale comportamentelor, a teoriilor cognitive, a teoriilor dezvoltării psihismului uman, a organizării sale și a manifestărilor sale normale sau patologice. Aceasta necesită și pregătirea pentru ascultarea subiectului și a familiei sale, într-o abordare globală a situației.

Metoda în neuropsihologie permite evaluarea în mod standardizat a funcțiilor cognitive, cu raportare la modele teoretice, și cercetarea mecanismelor deficitelor observate. Pentru aceasta, neuropsihologul dispune de un larg evantai de proceduri și instrumente; consultația clinică, evaluări psihometrice, cognitive, ecologice, programe de readaptare. El efectuează o analiză clinică aprofundată a dimensiunilor obiective și subiective ale situației psihice a pacientului, ținând cont de mediul acestuia. Sinteza rezultatelor trebuie să ducă la o interpretare comprehensibilă și transmisibilă. Bilanțul realizat de neuropsiholog se diferențiază astfel de evaluările celorlalți profesioniști, el completează investigarea medicală și paramedicală.

B. Istoria neuropsihologiei

I. Curentele teoretice

Emergența neuropsihologiei ca domeniu clinic individualizat datează din secolul al XIX-lea. Dar elaborarea istorică a cunoștințelor care o susțin este mai veche (Montreuil și North, 2001). Rolul creierului în comanda mișcării și a vorbirii este descris de către egipteni. În perioada elenistică, se opun două teorii: Platon și apoi Hipocrat situează partea „sufletului" răspunzătoare pentru senzații, rațiune și

mișcări în creier, în timp ce Empedocle și Aristotel situează sufletul în inimă, „acropolă a corpului". Aceste două teze vor rămâne în competiție până la sfârșitul Evului Mediu. Willis, neuroanatomist din secolul al XVII-lea, este precursorul teoriilor referitoare la localizările cerebrale. El asociază simțul comun și mișcările voluntare la corpul striat, imaginația la corpul calos, memoria la cortexul cerebral și comportamentul instinctiv la partea centrală a creierului.

La începutul secolului al XIX-lea, lucrările lui Gall și Spurtzheim (1822) instaurează o nouă doctrină, frenologia. Medicul austriac Gall stabilește o corespondență între o facultate psihică și o parte delimitată a creierului. El descrie astfel 27 de funcții sau „calități". Printre acestea, el propune funcțiile de limbaj, de calcul, a vederii, dar și „facultăți" atât de variate și surprinzătoare ca simțul mecanicii, instinctul carnasier, curajul sau iubirea față de odrasle. Deși asemenea descrieri, inspirate din morala epocii, provoacă zâmbetul secolului al XXI-lea, înțelegem de ce această semiologie a dat naștere, sub acoperirea unei doctrine pseudoștiințifice medicale, stigmatizării sociale a unui anumit număr de indivizi. În ciuda tuturor acestor lucruri, intuiția lui Gall este că a sugerat o corespondență între funcția intelectuală și localizarea cerebrală.

În instabilitatea acestui curent teoretic, Broca, chirurg și antropolog, prezintă la Societatea de antropologie o comunicare intitulată: „Pierderea vorbirii, ramolire cronică și distrugere parțială a lobului anterior stâng al creierului". Este vorba despre prima observare anatomo-clinică ce duce la individualizarea unui centru funcțional cerebral pe care îl cunoaștem astăzi sub denumirea de „aria Broca". Cu Gall, Bouillaud, Broca și apoi Wernicke se dezvoltă un curent de gândire „localizaționist" care propune o cartografie a creierului.

O dată cu Pierre Marie și apoi Von Monakov, se va naște o nouă abordare, violent „antilocalizaționistă". Se dezvoltă teoriile „conexioniste". Neuropsihologia integrează aportul analizei statistice, al lingvisticii, al psihologiei cognitive și al tehnicilor de imagistică cerebrală. Neuroanatomistul Papez dezvoltă ideea potrivit căreia experiența emotivă și-ar avea sediul în straturile inferioare ale creierului: hipocampul, hipotalamusul și amigdala.

În anii '60, neuropsihologul rus Luria are o contribuție decisivă. El integrează în neuropsihologie studiul funcțiilor cognitive, dar și emoționale și comportamentale. Consideră că funcțiile corticale superioare sunt rodul activității integratoare a mai multor zone cerebrale care conlucrează. Pentru aceasta, el propune, în lucrarea *Funcțiile corticale*

superioare la om, publicată în franceză în 1978, o sinteză euristică a diferitelor concepţii neuropsihologice: localizaţioniste, asociaţioniste şi globaliste.

În secolul al XXI-lea, relaţiile dintre cogniţie şi emoţie constituie obiectul unor dezbateri pasionate printre cercetători, unii estimând că emoţia şi cogniţia trebuie să fie separate şi considerate ca nişte funcţii independente, în timp ce, pentru alţii, emoţia este un aspect al cogniţiei. Lucrările lui Damasio (1995) au dat un nou impuls problemei rolului emoţiilor în comportamentele omeneşti.

II. Examen şi probe neuropsihologice

a. Dezvoltarea normală şi patologică

La începutul secolului al XX-lea, psihologii francezi Binet şi Simon (1908) instaurează primul test de inteligenţă, în scopul depistării arieraţiilor mentale în mediu şcolar, pentru o mai bună orientare a educaţiei (Spearman, 1904). Ei propun, în cadrul unei „scale metrice a inteligenţei", o serie de probe de dificultate crescândă şi definesc, pentru fiecare tranşă de vârstă, o „normă" de randament intelectual.

Progresiv, psihologii transpun la adulţi demersul testelor create pentru copii. Sunt vizate două domenii de aplicaţie: deteriorarea mentală la vârstnici (Wechsler, 1944) şi consecinţele asupra intelectului ale tumorilor cerebrale (Smith, 1962).

b. Neurotraumatologia

Examenul şi instrumentele neuropsihologice se dezvoltă în cursul celor două războaie mondiale de ambele părţi ale Atlanticului (Poppelreuter, 1990), o dată cu înmulţirea soldaţilor răniţi la faţă şi la cap. În acest context, după Primul Război Mondial, este creată asociaţia franceză „Les gueules cassées"[1]. Astfel, numeroase tehnici de examen

[1] Într-o traducere aproximativă: *Mutrele sparte*. Denumirea oficială a asociaţiei este „Union des Blessés de la Face" şi a fost creată în Franţa, în 1921, de aproape 40 de foşti combatanţi care fuseseră grav mutilaţi la nivelul feţei şi al capului. Pentru mai multe detalii, vezi http://www.gueules-cassees.asso.fr/, site-ul oficial al asociaţiei care funcţionează şi în prezent (*N. t.*).

neuropsihologic își au originea în spitalele militare din secolul trecut (Teuber, 1948; Luria, 1978).

c. Neurochirurgia cu scop terapeutic

Între cele două războaie mondiale, neurochirurgia progresează, mulțumită evoluției anesteziei și antisepsiei. În absența unor metode radiologice sensibile, examenele neuropsihologice constituie un ajutor esențial la diagnostic. Neurochirurgii operează tumori cerebrale, fac rezecții ale focarelor epileptogene sau procedează la secțiuni ale lobilor frontali, în scopul reducerii simptomelor de ordin psihiatric rezistente la orice fel de terapeutică. Halstead (1947) dezvoltă o serie de teste pentru a înțelege consecințele rezecțiilor efectuate pe regiunile frontale.

C. Neuropsihologia clinică, o contribuție contemporană

În Franța, neuropsihologia clinică tradițională s-a implantat, începând din anii '70, în centrele universitaro-spitalicești. Un prim scop este analizarea tulburărilor cognitive, emoționale și comportamentale, inițial în domeniul neurologiei și, mai recent, al psihiatriei. Un alt obiectiv practic este reeducarea. La modul ideal, această reeducare ar trebui să se facă într-o abordare ecologică, abordare care să ia în calcul singularitatea subiectului și repercusiunile tulburărilor în viața lui cotidiană. Astăzi, principalele sectoare de aplicare a neuropsihologiei clinice sunt:

a / Dezvoltarea și educarea. Pentru o cunoaștere a tehnicilor și instrumentelor utilizate la copil, recomandăm lecturi despre evaluarea psihometrică și reeducarea tulburărilor de învățare la copil (Mazeau, 2004 și 2005; Hommet *et al.*, 2005).

b / Psihiatria. Printre afecțiunile psihiatrice care fac obiectul unor explorări neuropsihologice, să amintim: depresiile și tulburările anxioase, schizofreniile, tulburările de hiperactivitate și atenție,

tulburările obsesiv-compulsive (Botez-Marquard și Boller, 2005; Van der Linden *et al.*, 2000).

c / Sectorul medico-legal. Sectorul justiției și cel al asigurărilor oferă misiuni punctuale, în cadrul unor expertize medico-legale. În sectorul medico-legal, expertiza neuropsihologică are implicații în cifrarea prejudiciilor aduse și a indemnizării sechelelor neurologice datorate, de pildă, unui accident de muncă sau unui accident rutier. Dar ea este de folos și în aprecierea responsabilității și accesibilității la sancțiunea penală a unui individ sau, eventual, în punerea lui sub tutelă sau curatelă.

d / Cercetarea clinică. Aceasta comportă elaborarea unor teste sau tehnici de evaluare a tulburărilor cognitive, afective și comportamentale. Se sprijină frecvent pe neuroștiințe și psihologia cognitivă. Cercetările se desfășoară în structuri care depind de principalele organisme publice de cercetare (centre universitaro-spitalicești, CNRS, INSERM). În sectorul privat, laboratoarele farmaceutice pot să-i solicite pe neuropsihologi pentru elaborarea unor protocoale de cercetare clinică și evaluarea efectelor noilor tratamente.

e / Neurologia. Cea mai frecventă contribuție a neuropsihologiei clinice este ajutorul dat în diagnosticarea precoce și diferențială a afecțiunilor cerebrale, în colaborare cu examenul clinic neurologic și neuroimagistica (scanner, imagistică prin rezonanță magnetică: IRM, PET scan, scintigrafie cerebrală), pentru a deosebi, de pildă, depresia de demența debutantă, îmbătrânirea normală de demență. Aceasta permite obiectivarea sechelelor cognitive și afective rezultate în urma unor afecțiuni cerebrale și supravegherea evoluției lor în timp, cu ajutorul unor examene repetate și comparative.

f / Reeducarea. Tot psihologul clinician specializat în neuropsihologie are datoria să ia parte la elaborarea și coordonarea unor programe de readaptare, bazându-se pe datele oferite de evaluarea neuropsihologică inițială. Mai mult, trebuie să evalueze eficacitatea reeducării neuropsihologice. Celelalte misiuni sunt însoțirea, informarea, prevenirea unor probleme psihice secundare și îngrijirea pacientului și a anturajului său (rude și profesioniști în domeniul sănătății). Psihologul clinician specializat în neuropsihologie este un actor de primă mărime în misiunea de sănătate publică (decretul din 31 ianuarie 1991, art. 2[2]).

---

2 Este vorba despre decretul 91-129 din 31 ianuarie 1991, care se referă în mod specific la statutul psihologilor din spitalele publice (N. t).

Cea mai veche și cea mai frecventă contribuție a neuropsihologiei se situează în câmpul neurologiei. Iată de ce ne limităm capitolul la acest vast câmp de aplicație. Vom termina prin unele comentarii referitoare la reeducare.

I. Neuropsihologia în câmpul neurologiei

Experiența de teren ne arată insuficiența, atât în instituții, cât și în exercițiul liberal, a numărului de psihologi ce-i asistă pe pacienții suferinzi de afecțiuni neurologice. Faptul acesta presupune o pregătire specifică în dimensiunile psihopatologică și neuropsihologică a afecțiunilor cerebrale organice.

De douăzeci de ani încoace, posturi de psihologi au fost create în cadrul instituțional și mai ales pentru pacienții cu Alzheimer. Prevalența principalelor afecțiuni neurologice este importantă. În 2001, populația Uniunii europene era estimată la 380 de milioane de locuitori, dintre care 16,5% cu vârsta peste 65 de ani. Boala Alzheimer reprezenta: 2,5 milioane; traumatismele creierului și ale măduvei prin accidente de circulație: 1,5 milioane de răniți; accidentele vasculare cerebrale: 2 milioane; epilepsiile: 2,3 milioane; boala Parkinson: 600 000; scleroza în plăci: 230 000 (Asociația pentru dezvoltarea cercetării asupra creierului și a măduvei spinării — Association pour le développement de la recherche sur le cerveau et la moelle épinière: ADREC; http://www.adrec.org) (Montreuil, 2005).

Pentru o trecere în revistă a problemei diferitelor maladii neurologice, cititorul se poate raporta la diferite lucrări de neurologie, printre care cea coordonată de Signoret și Hauw (1991) și Atlasul de buzunar de neurologie al lui Rohkamm (2005).

— Maladia Alzheimer (MA), descrisă în 1907 de către Aloïs Alzheimer, reprezintă imensa majoritate a cazurilor de demență după 65 ani. Debutează insidios prin tulburări de memorie a faptelor recente și o dezorientare în timp și spațiu. Evoluția este progresivă, între opt și zece ani, cu o accentuare treptată a deficitelor cognitive (memorie, limbaj, deprinderi gestuale, tulburări de recunoaștere, funcții intelectuale) și a tulburărilor de dispoziție și comportament. Pacientul își pierde toată autonomia, iar decesul survine în urma unor complicații infecțioase ori vasculare.

— Accidentele vasculare cerebrale (AVC). Sunt legate de un infarct cerebral în 80% din cazuri şi de o hemoragie cerebrală în 20% din cazuri. În Franţa, AVC constituie prima cauză de handicap dobândit la adult, a doua cauză de demenţă după maladia Alzheimer şi a treia cauză de deces după afecţiunile cardiace şi cancer. Vârsta medie a pacienţilor este de 73 ani, dar într-un caz din patru, AVC afectează persoane sub 65 ani. Două persoane din trei rămân cu sechele, sursă de handicap în viaţa de zi cu zi: paralizie a unei jumătăţi a corpului, greutăţi la mers, tulburări vizuale, de memorie, dificultăţi în comunicare (citire, vorbire, în a se face înţelese...).

— Traumatismele cranio-cerebrale (TC). Este vorba despre leziuni cerebrale provocate de şocuri violente asupra cutiei craniene a căror cea mai frecventă cauză o constituie, în ţările industrializate, accidentele rutiere. Este patologia neurologică traumatică cea mai frecventă la adultul tânăr. Vârsta medie a răniţilor este de 25 ani. Provoacă sechele fizice şi mai ales sechele pe plan cognitiv, al dispoziţiei şi al comportamentului.

— Scleroza în plăci (SEP). Este afecţiunea neurologică nontraumatică cea mai frecventă a adultului tânăr. Debutează între 20 şi 40 ani. Tulburările cognitive sunt eterogene şi nu sunt corelate cu vârsta sau severitatea handicapului motor, dar nici cu durata de evoluţie a bolii. În general, sunt de intensitate uşoară sau moderată.

— Maladia Parkinson (MP), descrisă de James Parkinson în 1817, este cunoscută de marele public mai ales prin, pe de o parte, tulburările motorii pe care le determină (rigiditate, tremurături) şi, pe de alta, prin rezultatele stimulării cerebrale profunde. De cele mai multe ori debutează în jurul vârstei de 60 ani. Dacă s-a dovedit că există o scădere intelectuală mai frecventă în MP decât în populaţia generală, severitatea tulburărilor cognitive este variabilă de la un pacient la altul.

— Epilepsiile afectează copilul şi adultul. Sunt de o mare eterogenitate clinică. Factorii etiologici ai tulburărilor cognitive sunt multipli: existenţa sau nonexistenţa unor leziuni cerebrale la originea crizelor, eventualele leziuni cerebrale provocate de crize, durata epilepsiei, tipul său, frecvenţa crizelor, medicamentele antiepileptice.

— Tumorile cerebrale. Există numeroase categorii de tumori şi nu toate au aceleaşi incidenţe pe plan neuropsihologic. Consecinţele depind, în mare măsură, de natura tumorii (benignă, de exemplu meningiom, sau malignă, de pildă glioblastom), de dimensiunea sa, de

dezvoltarea rapidă sau nu și de localizarea sa în creier. În anumite cazuri, dacă intervenția chirurgicală întrerupe evoluția tumorală, ea poate lăsa, în schimb, sechele cognitive. La fel se întâmplă și cu chimioterapiile și radioterapiile adesea asociate. În alte cazuri, aceasta îngăduie limitarea deficitelor.

II. Evaluarea neuropsihologică în secolul al XXI-lea

Desfășurarea unui examen neuropsihologic

Nu există un comportament standardizat în desfășurarea unui examen neuropsihologic. Acesta depinde foarte mult de problema ridicată și de fiecare pacient în parte. Totuși, anumite proceduri sunt necesare pentru ca examenul să fie eficient, răspunzând la problema pusă, și pentru ca acesta să nu sporească anxietatea pacienților. La modul ideal, la sfârșitul examenului, pacientul ar trebui să fie mai puțin anxios și să aibă o mai bună înțelegere a problemelor sale cognitive, dacă acestea sunt obiectivate, dar și a resurselor de care dispune pentru a face față dificultăților întâlnite.

Obiectivele evaluării

În general, cererea emană de la o persoană răspunzătoare de îngrijirea pacientului (medic, echipă de reeducare, cadru didactic sau rudă) care observă unele dificultăți cognitive și/sau comportamentale. În anumite cazuri, pacientul însuși dorește să fie lămurit în privința funcționării sale mentale. Iată câteva exemple de întrebări puse: „Plângerile referitoare la memorie ale acestei persoane vârstnice sunt consecința unei depresii sau semnele prevestitoare ale unui proces demențial?"; „Băiatul acesta de 16 ani, victimă a unei comoții cerebrale după o cădere cu bicicleta, ar putea să-și reia normal studiile în noul an școlar?"; „Ablațiunea tumorii cerebrale a ameliorat funcționarea cognitivă a pacientului cutare?" Neuropsihologul trebuie să culeagă informațiile medicale și/sau școlare. Aceste informații, asociate obiectivelor bilanțului, vor ajuta la pregătirea desfășurării examenului neuropsihologic.

Debutul examenului și locul central al consultației clinice

Fiecare evaluare debutează printr-o consultație clinică preliminară (Luria, 1976), care permite stabilirea unei relații de încredere, în cursul căreia neuropsihologul:

1 / explică obiectivele și conținutul examenului;
2 / îl întreabă pe pacient la ce se așteaptă de la examen și încearcă să elimine orice neînțelegere în privința rostului bilanțului și a funcției psihologului;
3 / se informează despre parcursul școlar și/sau profesional, evenimentele de viață personale sau familiale, activitățile vieții curente, un eventual tratament cu medicamente și consumul de alcool și droguri;
4 / îl face pe pacient să precizeze istoria tulburărilor. Într-adevăr, chiar dacă informația este accesibilă în dosarul medical sau în raporturile școlare, este întotdeauna esențial să se ia în considerare punctul de vedere subiectiv al pacientului și modul în care acesta își expune și-și reprezintă propriile dificultăți;
5 / evaluează starea emoțională, în căutarea unui sindrom anxios și depresiv. Se explorează și ceea ce ar putea să afecteze funcționarea mentală în timpul examenului (de exemplu: un eveniment de viață recent cu un puternic impact emoțional, precum pierderea slujbei, un doliu sau, într-un mod și mai anodin, unele fenomene care pot să interfereze cu vigilența, ca o insomnie în ajun sau faptul de a fi nemâncat. În acest din urmă caz, subiecții trebuie să se hrănească înainte de examinare);
6 / notează lateralitatea manuală (dreptaci, stângaci sau ambidextru) și nivelul sociocultural al pacientului. Nivelul cultural (NC) permite compararea rezultatelor cu norma, în funcție de vârstă și de nivelul studiilor. Normele probelor psihometrice figurează în orice manual de baterie de teste. Astfel, comparația între rezultatele obținute de un subiect dat și cele ale clasei sale de vârstă și de studiu îl autorizează pe neuropsihologul experimentat să le discute semnificația. Totuși, doar utilizarea testelor nu permite punerea cu certitudine a unui diagnostic.

În sistemul francez, nivelul cultural este stabilit pornindu-se de la numărul anilor de studii în sistemul normal, fără corigență. Acesta ajunge la clasificarea de mai jos (Gil, 1996).

BCU LANGUAGE STUDY LIBRARY

NC1: subiect analfabet
NC2: nici o diplomă, dar știe să citească, să scrie, să socotească
NC3: nivel sfârșit de școală primară (Certificat de studii primare[3])
NC4: nivel brevet de studii de ciclu întâi, BEPC[4] (pornind de la cursul pregătitor, nouă ani de studii); pentru materiile manuale: nivel CAP[5]
NC5: fosta primă parte a bacalaureatului sau nivel de absolvire de liceu (unsprezece sau douăsprezece ani de studii); pentru meseriile manuale: muncitor sau meșteșugar cu responsabilități tehnice sau de gestiune
NC6: bacalaureat sau meserii manuale cu înaltă calificare (de exemplu, cei înscriși în „Compagnons du tour de France"[6])
NC7: orice diplomă universitară sau tehnică superioară sau egală cu Bac + 2[7] cel puțin

7 / amintește regulile deontologice de confidențialitate a datelor examinării și de respectare a persoanelor la care trebuie să se conformeze neuropsihologul. În plus, psihologii care nu au făcut niciodată vreun stagiu și care n-au beneficiat de vreo formare teoretică în neuropsihologie nu sunt apți să efectueze o evaluare neuropsihologică. În sfârșit, în cazul în care neuropsihologul își exercită meseria în cabinet liberal, este necesar ca, în cursul acestei consultații preliminare, condițiile financiare (informare în privința prețului evaluării și a nonrambursării actelor psihologice de către Securitatea socială[8]) să fie clar definite împreună cu pacientul;

8 / înaintea încheierii consultației, neuropsihologul trebuie să-l întrebe pe subiect dacă are și alte întrebări, de exemplu, în privința bilanțului sau a oricărei alte teme care i se pare importantă și care nu va fi fost abordată. Tot în această etapă a consultației, pacientul trebuie încurajat să pună întrebări referitoare la bilanțul

3 *Certificat d'études primaires* (CEP) era o diplomă care atesta, în Franța, absolvirea învățământului primar. A fost oficial suprimată în 1989 (*N. t.*).
4 *Brevet d'études du premier cycle* este o diplomă ce atestă absolvirea colegiului (care este aproximativ echivalentul ciclului gimnazial din sistemul de învățământ românesc) (*N. t.*).
5 *Certificat d'Aptitude Professionnelle* atestă absolvirea a doi ani într-o școală profesională și permite intrarea în viața activă sau, după caz, continuarea specializării (*N. t.*).
6 Pentru mai multe informații asupra acestei structuri de formare a tinerilor care vor să lucreze în construcții, vezi www.compagnons.org (*N. t.*).
7 În Franța, sistemul de învățământ este diferit de cel românesc. Pentru mai multe informații, vezi www.education.gouv.fr (*N. t.*).
8 Echivalentul francez al asigurărilor sociale de sănătate (*N. t.*).

neuropsihologic ce-i va fi propus, precizându-se totuși că examinatorul nu-i va putea spune, în timpul examenului, dacă răspunsurile sale la diferitele probe sunt bune sau nu. Îl informează pe pacient că va avea o dare de seamă a rezultatelor examinării.

Alegerea probelor

Numeroși examinatori utilizează o preselecție a testelor cu care își realizează examinările. Totuși, consultația clinică preliminară, indispensabilă, permite orientarea alegerii probelor care să răspundă la problema pusă și să se adapteze la situația fiecărui pacient. Alegerea testelor și ordinea lor de administrare sunt condiționate de informațiile culese pe măsură ce se desfășoară examinarea, dar și de acceptul pacientului. Anumite persoane suportă cu dificultate testele care le pun clar în evidență deficiențele. Este necesar ca probele reușite și probele eșuate să alterneze. Un examen de două ore și jumătate este, în general, bine tolerat. O examinare mai lungă trebuie să fie întreruptă de pauze, adaptate la fiecare situație în parte.

D. Explorarea neuropsihologică a tulburărilor cognitive consecutive leziunilor cerebrale

Obiectivul acestui capitol este să ofere definiția principalelor concepte utilizate în neuropsihologie, să descrie semiologia corespondentă și să propună anumite teste neuropsihologice clasice, pentru evaluarea tulburărilor cognitive descrise. Atunci când ne referim la zonele funcționale ale creierului, îl invităm pe cititor să revadă noțiunile de neuroanatomie, necesare înțelegerii, în manualele de neurologie și de neuropsihologie (Gil, 2006; Duyckaerts și Hauw în Botez-Marquard și Boller, 2005; Rohkamm, 2005).

În neuropsihologia clinică, utilizarea testelor cere un stagiu prealabil cu un neuropsiholog experimentat și o pregătire teoretică în neuropsihologie. Există un master profesional de neuropsihologie în diferite universități. Testele citate sunt publicate la Éditions du Centre

de psychologie appliquée (ECPA, site internet: www.ecpa.fr). Sunt accesibile numai celor care au diplomă de psiholog, în conformitate cu legea din 25 iulie 1985[9], și trebuie să fie utilizate în respectul Codului de deontologie a psihologilor. O broșură explicativă (istoric, validare, consemne, norme, statistică) este vândută împreună cu fiecare baterie de teste. Îl trimitem pe cititor la recomandările internaționale pentru utilizarea testelor: Comisia internațională a testelor (J.-P. Vrignaud, D. Castro, J.-L. Mogenet), ce poate fi descărcată de pe site-ul Societății franceze de psihologie (SFP): http://www.sfpsy.org.

I. Tulburările de atenție

Atenția se află la baza oricărei activități conștiente și dirijate a creierului. Validitatea unui examen clinic și neuropsihologic cere o vigilență suficientă din partea subiectului examinat. Sunt diferențiate atenția difuză, care corespunde unei stări generale de trezie a tuturor simțurilor, și atenția selectivă, care presupune orientarea, focalizarea pe o informație-țintă și inhibarea unor activități concurente. Astăzi, atenția se declină în mai multe categorii (Lezak *et al.*, 2004): atenția difuză, atenția focalizată, atenția susținută, atenția alternantă, atenția împărțită. Deși teoria deosebește mai multe tipuri de atenție, în practică, este greu să fie separate, deoarece rar se întâmplă ca o singură categorie să fie atinsă în mod izolat. Totuși, descrierea unor categorii ale atenției ne permite să urmărim schema teoretică pe care se bazează testele.

Încetinirea proceselor mentale are drept consecință o serie de tulburări ale atenției, dar și repercusiuni asupra funcționării cognitive globale și asupra comportamentului. Printre structurile cerebrale implicate, sistemul reticular activator ascendent, amigdala, hipocampul și cortexul frontal joacă un rol esențial (Gil, 1995).

a. Nivelul general de vigilență poate fi analizat printr-un empan simplu de atenție. Este vorba despre un test inclus în toate bateriile de evaluare a memoriei. Pentru examinarea gradului de atenție auditivă, se utilizează frecvent empanul numeric în ordine directă. Examinatorul citește liste de 4-7 cifre în ordine crescătoare și-i cere

9 Este vorba despre legea franceză nr. 85-772 din 1985, care reglementează profesia de psiholog (*N. t.*).

subiectului să le repete exact una câte una, în ordinea prezentată (exemplu: 2-5-3-8, subiectul repetă, apoi 4-7-9-2-5... până la 5-9-2-6-4-7-3). Pentru analizarea empanului de atenție vizuală, se poate prezenta un șir de imagini, ca niște pătrate tipărite pe o pagină sau niște cuburi de lemn pe o tavă, pentru care se cere o reproducere spațială identică. Empanul numeric auditiv rămâne relativ stabil, în timp, la majoritatea indivizilor. Este testul utilizat de cele mai multe ori.

Afecțiunile cerebrale severe, precum o demență sau unele deficite verbale de origine neurologică (afazie), determină o reducere a empanului normal de atenție. Testul de repetare a unor fraze este o probă clinică foarte utilă și pertinentă. Examinatorul citește niște fraze de lungimi diferite și-i cere subiectului să le repete. În mod normal, un adult poate repeta fraze cu 20-25 de silabe. O restituire mai redusă desemnează probabilitatea unor limitări în comunicarea verbală. Este vorba despre anumiți subiecți care nu pot să prelucreze ceea ce aud într-o conversație. Apropiații lor semnalează tulburări de memorie, deși, în anumite cazuri, nu memoria este cea cu deficiențe, ci empanul simplu, din cauza încetinirii proceselor mentale (Howieson și Lezak, 2002). Alte teste vor permite diferențierea a ceea ce ține de tulburările de atenție sau de deficitele de memorie.

b. Atenția focalizată se află la baza concentrării mentale. Ea ne îngăduie să ne focalizăm asupra unor stimuli specifici ai mediului nostru și să evităm fenomenele ce ne distrag atenția. Psihologul Stroop (1935) a creat o tehnică de evaluare (testul Stroop) care constă în prezentarea unor liste de nume de culori uneori tipărite în cerneluri diferite (de pildă, cerneala pentru cuvântul „roșu" este fie roșie, fie verde, fie albastră; cuvântul „albastru" poate fi tipărit în albastru, roșu sau verde). Subiectul este instruit să ignore cuvintele tipărite și să enunțe culorile cât mai repede cu putință. Subiecții care pot fi distrași cu ușurință fac mai multe greșeli. Ei citesc adesea cuvintele în loc să enunțe culorile.

c. Atenția susținută se bazează pe capacitatea de menținere a atenției pe o durată destul de lungă pentru a executa o sarcină specifică. Sarcinile pe calculator solicită în mod special atenția susținută (Larrabee și Crook, 1996). În Franța, o probă auditivă este din ce în ce mai folosită. E vorba despre Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT) care este totuși criticat de anumiți clinicieni nord-americani (Holdwick și Wingenfeld, 1999).

d. Atenția alternantă se fundamentează pe capacitatea de deplasare rapidă a atenției de la un stimul la altul, adesea în mod alternativ. Ea implică memoria de lucru. Această funcție este foarte sensibilă la toate formele de afectări cerebrale. Forma B a testului „Trail Making" (Reitan, 1958) este un exemplu clasic de evaluare a atenției alternante. Douăzeci și cinci de cercuri sunt împrăștiate pe o pagină. În interiorul cercului sunt tipărite, aleatoriu, fie o literă (B, A, C...), fie o cifră (1, 2, 3...). Cu un pix, subiectul trebuie să facă legătura în mod crescător și alternat între o cifră și o literă: 1 cu A, 2 cu B, apoi 3 cu C... până la 13 cu L.

e. Atenția divizată este un model al memoriei de lucru. Ea-i permite subiectului să trateze mai multe sarcini în același timp sau mai multe operațiuni într-o sarcină complexă. Ca și în cazul atenției alternante, atenția divizată este foarte sensibilă la orice afectare cerebrală. Atenția divizată poate fi examinată cu ajutorul unor probe bine stabilite (Eustache *et al.*, 1995; Petersen și Petersen, 1959). De exemplu, subiectului i se cere să rețină una sau mai multe date: nume de animale, care îi sunt citite cu voce tare, în timp ce acesta efectuează o sarcină de tipul unei scăderi a unor cifre prezentate câte trei: 165-162-159. După un timp predeterminat (fie rapid: trei secunde, fie lung: optsprezece secunde), subiectul trebuie să repete informații care i-au fost citite cu voce tare (nume de animale).

II. Tulburări ale memoriei

a. Concepții moderne despre memorizare

Tulburările memoriei depind de localizarea și extinderea leziunilor cerebrale, de caracterul acut sau progresiv al afectării aflate la originea leziunilor cerebrale, de starea generală și de vârsta pacientului.

Studiul proceselor mnezice trebuie să ia în calcul și subdiviziunea și specializarea emisferică între dreapta și stânga. Memoria vizualo-spațială este tratată de emisfera dreaptă, memoria verbală, în stânga.

Memoria este un fenomen complex. În 1885, Ebbinnghaus a propus explorarea memoriei în funcție de timp. Lui îi datorăm noțiunile de memorie de scurtă durată și de memorie de lungă durată.

Clinica diferențiază și memoria retrogradă de memoria anterogradă. Amnezia anterogradă corespunde dificultății sau incapacității, ca urmare a unor leziuni cerebrale specifice, de a memora fapte noi. Lucrul acesta se manifestă clinic printr-o uitare progresivă care împiedică fixarea faptelor vieții cotidiene și care alterează capacitățile de învățare. Atunci când uitarea progresivă se asociază unei dezorientări în spațiu și în timp (dezorientare temporalo-spațială), unor recunoașteri false și unor fabulații, este pus diagnosticul de sindrom Korsakoff.

Amnezia retrogradă acoperă evenimentele care s-au produs înaintea afectării cerebrale, iar cele mai recente fapte din trecut sunt mai puțin bine recuperate decât cele mai vechi. Dacă accidentul neurologic permite o vindecare cu recuperare a stării anterioare, amnezia retrogradă regresează, dar atunci când este vorba despre o boală evolutivă, ca în demența din maladia Alzheimer, amnezia retrogradă se extinde și distruge progresiv fragmente din trecutul istoriei subiectului.

Schematic, memorizarea comportă mai multe etape:

1 / analiza corticală senzorială a datelor perceptive (vizuală, auditivă, tactilă, chinestezică) ce necesită integritatea ariilor asociative ale cortexului corespondente;
2 / memoria imediată, denumită și memorie de scurtă durată. Unul dintre modelele memoriei de scurtă durată a fost teoretizat de Baddeley (1993), sub conceptul de „memorie de lucru". Unii o consideră o formă de atenție (Lezak *et al.*, 2004). Este vorba despre un sistem cu capacitate limitată în timp, care solicită resursele de atenție. Acesta menține temporar informațiile pentru a le coordona, este un proces esențial în înțelegerea și rezolvarea de probleme. Cortexul prefrontal joacă aici un rol major;
3 / memoria de lungă durată. Ea permite păstrarea durabilă a informațiilor mulțumită codării și apoi stocării. Este organizată pe modalități de codare semantică, spațială, temporală și afectivă. Apoi intervine stocarea care îngăduie amintirea, recunoașterea informațiilor. Acestea fac obiectul unei consolidări variabile în funcție de repetarea și de încărcătura lor afectivă. Din punct de vedere anatomic, memoria de lungă durată se bazează pe circuitul Papez, descris inițial în reglarea emoțiilor (Bachevalier, în Botez-Marquard și Boller, 2005). Tulving (1983) a definit memoria în funcție de con-

ținutul său: memoria episodică și memoria semantică. Memoria episodică este de natură autobiografică: se referă chiar la subiect. Aceasta corespunde amintirii unor evenimente ordonate în timp și spațiu, survenite într-un context aparte resimțit de către subiect. Acesta este cel mai înalt și mai complex sistem din punct de vedere ierarhic. Conținutul său este frecvent conotat emoțional. Se pare că regiunile prefrontale joacă aici un rol mai important decât în celelalte forme de memorie. Memoria semantică se bazează pe cunoștințele de fapte generale asimilate într-un context cultural dat (limbajul, formulele matematice, istoria).

Pe de altă parte, este descris un tip de memorie numită „procedurală". Aceasta corespunde aptitudinilor și deprinderilor senzorio-motorii învățate. Pe scurt, aceste trei tipuri de memorie de lungă durată: memoria episodică și semantică sunt explicite și corespund „cunoașterii de ce", pe când memoria procedurală este implicită și corespunde „cunoașterii cum".

4 / În sfârșit, memoria de scurtă durată și de lungă durată contribuie la învățare.

Cele trei etape ale memoriei potrivit concepțiilor contemporane
(vezi Botez-Marquard și Boller, 2005)

1 / Analiză corticală senzorială (vedere, auz, tact, chinestezie, miros, gust)

↓

2 / Memorie de scurtă durată = memorie de lucru

↓

3. Memorie de lungă durată → memorie implicită sau procedurală

↓

memorie explicită sau declarativă → memorie semantică

↓

memorie episodică

BCU "AS" CENTRAL UNIVERSITARY

b. Testele care explorează memoria

Există numeroase baterii de teste ale memoriei. Acestea explorează întotdeauna modalitățile verbale și vizuale, de scurtă și de lungă durată. Gradul de complexitate, lungimea și numărul de funcții mnezice a căror examinare este permisă de aceste baterii le diferențiază.

Wechsler Memorie în forma sa revizuită care explorează diferitele modalități de memorie verbală și vizuală de scurtă și de lungă durată.
Testul Gröber și Buschke care permite detectarea tulburărilor encodării și restituirii.
Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT) este o baterie ecologică, ce conține probe mnezice mai apropiate de activitățile vieții cotidiene.

Testele de memorie utilizate cel mai frecvent.

c. Memoria de scurtă durată

— În modalitatea verbală, o probă scurtă, pe larg folosită de către neuropsihologi, neurologi și psihiatri, se bazează pe memorarea a trei sau patru cuvinte ce aparțin unor categorii diferite, precum: „lalea, o floare; caisă, un fruct; cămașă, o haină; elefant, un animal". Experimentatorul îi spune subiectului aceste cuvinte și categoria lor, îi cere să le repete și să le țină minte. Cinci minute mai târziu, subiectul trebuie să le amintească. Dacă subiectul nu și le poate aduce aminte spontan, examinatorul oferă categoria căreia îi aparține cuvântul pentru a vedea dacă lucrul acesta facilitează rememorarea (este vorba despre o rememorare indicată, căci examinatorul dă un indiciu). Subiecții care nu pot restitui trei sau patru cuvinte decât după ce au primit informații în legătură cu categoria (indicare facilitantă) arată că au stocat informația, dar au dificultăți în rememorarea liberă. Aceia pe care indicarea nu-i ajută au o stocare deficientă.

— În modalitatea vizuală, examinarea memoriei de scurtă durată constă, de cele mai multe ori, în reproducerea unei figuri geometrice care i-a fost prezentată inițial. În acest scop, este posibil să se utilizeze desene simple în bateria de memorie Wechsler sau desenele lui Bender (vezi Lezak *et al.*, 2004). Cea mai folosită probă de memorie este figura complexă a lui Rey (Rey, 1941; Osterreith, 1944). Sarcina

constă, în primul rând, în a-i cere subiectului să copieze schema figurii lui Rey pe care acesta o are sub ochi, apoi examinatorul solicită două rememorări: o reproducere din memorie după câteva minute (memoria de scurtă durată) și o reproducere din memorie după o jumătate de oră (memoria de lungă durată). Această probă este complexă, căci evaluează nu numai memoria vizuală și spațială de scurtă și de lungă durată, ci și modalitățile de construcție, de orientare spațiale și capacitățile de organizare și de planificare.

d. Memoria episodică sau autobiografică

Este studiată în cursul consultației semidirective. Se referă la evenimentele trăite de către subiect, localizate în spațiu și timp. Analiza acesteia permite obținerea unor informații asupra memorării unor fapte recente și a unor fapte vechi. Astfel, este ușor să i se ceară pacientului unele informații referitoare la situația recentă: „De când sunteți internat? Ce medic(i) ați întâlnit astăzi?"... Pentru a accede la fapte personale vechi, subiectul trebuie întrebat despre activitatea sa profesională actuală sau trecută, prenumele și vârsta și data nașterii partenerului sau a copiilor, unele elemente din istoria sa de viață (diferite locuri unde a trăit, de pildă) încă din copilărie. În caz că apare îndoiala, coerența conținutului discursului pacientului va fi confruntată cu informațiile medicale și cu aceea a rudelor acestuia.

Memoria socială este complementară memoriei autobiografice. Într-adevăr, evenimentele politice, sociale, economice marcante, relatate de jurnalele de știri aduc o serie de informații referitoare la calitatea memoriei faptelor recente și a celei a faptelor trecute (de exemplu, pacientul este întrebat care e numele actualului președinte al Republicii și al predecesorilor acestuia).

e. Memoria semantică

Se referă la informațiile, provenite din cunoștințele de bază ale subiectului, independente de orice context spațial și temporal. Este posibil să se utilizeze diferite probe ale bateriei de teste Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), așa cum sunt testele de vocabular, de

informație, de similitudini concepute să fie de o complexitate crescândă. De exemplu, testul de similitudini WAIS constă în punerea următoarelor întrebări: „Prin ce anume se aseamănă o banană și o portocală?" (răspuns: sunt niște fructe), „un ochi și o ureche?" (sunt niște organe de simț), „un poem și o statuie?" (aparțin domeniului artelor)...

Probe de calcul de complexitate progresivă pot să fie utilizate pornindu-se de la adunări, înmulțiri, scăderi, împărțiri.

f. Memoria declarativă sau explicită (de natură episodică și semantică) și memoria nondeclarativă sau implicită (de natură procedurală)

Memoria declarativă este analizată pornindu-se de la cunoștințele pe care subiectul le poate rememora și verbaliza în mod conștient. Este posibil să se utilizeze unele teste directe de memorie deja descrise (rememorare liberă, rememorare cu indiciu, recunoaștere).

Memoria nondeclarativă sau implicită corespunde cunoștințelor care nu sunt verbalizate. Ea este analizată prin intermediul cunoștințelor procedurale variate, adică a deprinderilor perceptive, motorii, cognitive. Se manifestă de fiecare dată când o experiență anterioară modifică performanța și comportamentul prezent al subiectului fără ca el să fi făcut apel la respectiva cunoștință anterioară, într-un mod conștient, acesta fiind și motivul pentru care este numită implicită. Neuropsihologul poate să folosească unele sarcini întru totul de desen. De exemplu, îi prezintă subiectului un desen complet, apoi, într-o a doua etapă, îi arată același desen, dar fragmentat. Subiecții care nu suferă de tulburări mnezice vor recunoaște și vor construi mai rapid desenele fragmentate dacă au văzut desenul complet, câteva ore mai devreme ori în ajun.

g. Învățarea implică în mod evident funcțiile mnezice

Sunt de obicei explorate în modalități vizuale și auditive. Permit observarea funcționării memoriei anterograde.

1 / Învățarea verbală cuprinde, în general, o probă de rememorare a unor informații prezentate inițial într-o probă de memorie de

scurtă durată. Testul cel mai simplu constă în a cere o rememorare imediată a trei sau patru cuvinte (ex. țigară, floare, ușă). Apoi, subiectul continuă cu diferitele sarcini ale examenului neuropsihologic și, după un răgaz de treizeci de minute (memorie de lungă durată), îi sunt cerute încă o dată cele trei sau patru cuvinte care îi fuseseră prezentate. Testul lui Gröber și Buschke analizează învățarea cu rememorare liberă, cu rememorare cu indiciu și în probă de recunoaștere.

Există probe de învățare verbală mai complexe alcătuite din liste de cuvinte mai lungi (Wechsler memorie), în cadrul cărora examinatorul citește aceste liste de trei ori, cere o rememorare imediată după fiecare lectură, pentru a observa curba de învățare. Lista de 15 cuvinte a lui Rey permite, de-a lungul a cinci probe succesive, să se construiască și o curbă de învățare (Rey, 1964; Schmidt, 1996).

Testul de învățare verbală California (Delis *et al.*, 2000) utilizează o listă de cumpărături numită „lista de luni", alcătuită din 16 parametri din patru categorii (legume, animale, mijloace de transport, mobile) și o listă adițională numită „lista de marți", folosită ca interferență. Testul explorează rememorarea, rememorarea cu indiciu, învățarea, dar și interferența. Nivelul de interferență este evaluat prin intruziunea unor parametri de la o listă la alta.

Rememorarea imediată a unei povestioare de 45-50 de cuvinte măsoară cantitatea de informație semnificativă pe care subiectul o poate reține și restitui (de exemplu, o istorioară a testului de memorie logică Wechsler, 1997). O asemenea capacitate este importantă în participarea efectivă la o conversație, dar și pentru reținerea a ceea ce citim de la o pagină la alta.

Există și alte probe care examinează strategiile, eficacitatea, constanța și curba învățării verbale. Acestea pot fi folosite atât pentru examinarea generală a memorie de scurtă durată, cât și pentru învățare (Lezak *et al.*, 2004).

2 / Învățarea vizuală este evaluată prin figura complexă a lui Rey. Această probă este utilizată și în explorarea tulburărilor vizualo-constructive și vizualo-spațiale.

3 / În situația de învățare vizuală și verbală, Rivermead Behavioural Memory Test (Wilson *et al.*, 1999) este o probă ecologică, mai apropiată de situațiile vieții cotidiene decât celelalte teste de memorie. De exemplu, unul dintre cele șapte teste constă în memorizarea a cinci etape ale unui traseu și în lăsarea unui mesaj într-un plic în cadrul uneia dintre etape.

III. Tulburările funcțiilor verbale sau afaziile

a. Generalități

Limbajul se bazează pe utilizarea unor semne care posedă o formă sonoră și sunt purtătoare de sens. Aceste semne corespund în esență cuvintelor, care constituie lexicul din fiecare limbă. Cuvintele sunt organizate între ele după sensul lor — nivel semantic — și după combinarea lor în scopul formării unui enunț — nivel sintactic. Forma sonoră a cuvintelor este stabilită pornindu-se de la un repertoriu limitat de sunete tip numite foneme (în franceză există 36) — nivel fonemic.

Subiectul, care utilizează limbajul pentru a comunica, efectuează o serie de alegeri la aceste trei niveluri. Aceste alegeri se supun unor reguli care definesc limba. Ele duc la producerea unor sunete care constituie mesajul oral. Sunetele sunt realizate de organele buco-faringiene (gură și corzi vocale) — acesta este nivelul articulator sau fonetic.

Anomaliile limbajului numite „afazii" se caracterizează printr-o dezorganizare a limbajului vorbit și/sau scris. Tulburările se pot referi la expresia limbajului (expresie verbală orală și scriere) sau receptarea limbajului (înțelegerea limbajului vorbit și scris). Afazia este definită ca o tulburare a utilizării regulilor ce-i îngăduie unui individ să producă și să înțeleagă un mesaj verbal.

Trebuie diferențiate de afazie:

1 / unele tulburări ale vocii (disfoniile) legate de anumite afectări ale corzilor vocale;
2 / unele tulburări ale articulării vorbirii (sau elocuțiunii) secundare unor afectări ale sistemului motor (disartrii paralitice, parkinsoniene sau cerebeloase);
3 / anumite incoerențe verbale legate de o confuzie mentală tranzitorie sau o patologie psihotică. În acest caz, incoerențele dovedesc o tulburare a gândirii care indică difluențe, digresiuni, blocări ale gândirii și idei delirante.

În funcție de formele de afazie, tulburările producerii mesajelor sunt foarte variate. Astfel, este necesar ca limbajul să fie explorat în situații diferite.

b. Explorarea limbajului oral

Expresia orală

Limbajul „spontan": explorat pornindu-se de la o temă propusă de examinator (exemplu: vorbiți-mi despre familia dumneavoastră).

Limbajul „provocat": 1 / pacientul este pus să numească imagini sau obiecte (denumire); 2 / pacientul este pus să repete cuvinte, fraze (repetare).

Limbajul „automat": pacientul este pus să numere, să recite lunile, zilele săptămânii.

Limbajul „citit": pacientul este pus să citească scrisori, cuvinte, fraze.

Limbajul „elaborat": 1 / se cere o definiție a unor cuvinte, proverbe; 2 / se cere rezumarea unei povești citite; 3 / pacientul este pus să construiască un enunț pornind de la unele cuvinte date de către examinator (exemplu: cadou, femeie, floare).

Înțelegerea orală

Se propun următoarele probe: desemnarea unor obiecte sau imagini; executarea unor ordine simple (exemplu: „Luați creionul cu mâna stângă și puneți-l pe foaie în fața dumneavoastră"); definire și interpretare a unor cuvinte (exemplu: „Ce înseamnă a roși..."), proverbe sau texte; clasificare a unor cuvinte sau obiecte care aparțin unor categorii semantice diferite (flori; animale; haine...).

Analiza semiologică presupune diferențierea a două niveluri, cel al cuvintelor și cel al discursului. Îmbinarea fonemelor în cuvânt poate fi transformată, ducând la producerea unor parafazii fonetice: „colomotivă" pentru locomotivă; „aplagent de plotiție" în loc de agent de poliție. În anumite cazuri, pacientul e conștient de dificultățile sale, se corectează singur sau produce cuvântul cel bun după mai multe tentative. Când îmbinarea fonemelor nu mai este recognoscibilă, subiectul produce neologisme, de exemplu „tropi" pentru pălărie; „lucote" pentru ciocan. Atunci când nu poate găsi cuvântul potrivit, vorbim despre lipsă a cuvântului. În aceste condiții, subiectul încearcă să înlocuiască cuvântul pe care nu l-a găsit printr-o perifrază: „E făcut

pentru băut", spune un pacient care nu mai știe să numească „un pahar". Cuvântul poate să fie și el deformat și de nerecunoscut, ducând la o dezintegrare fonetică. În sfârșit, poate să fie vorba despre o parafazie semantică: „masă" în loc de-a spune scaun. Denumirea unor lucruri sau imagini este cea mai bună probă în vederea analizării alegerii cuvintelor.

Analiza producerii cuvintelor permite diferențierea a trei niveluri de perturbare: fonetic, fonemic și semantic. Nu arareori se-ntâmplă ca la același pacient producțiile afazice să fie o dovadă a unei perturbări care vizează cele trei niveluri. Astfel, discursul poate să fie redus, iar mesajul este uneori compus din stereotipii, care îl fac pe pacient să repete în mod constant o formulă verbală sau un grup de foneme mai mult sau mai puțin diferențiate. În sfârșit, poate să existe și un agramatism: discursul este în stil telegrafic: „femeie, Odette metrou muncă". Se întâmplă destul de des ca anumite tulburări artrice (dificultate de articulare orală) să fie asociate acestei forme de discurs.

c. Explorarea limbajului scris

Tulburările limbajului scris sunt numite „alexie". În mod excepțional, pot să existe tulburări ale limbajului oral fără tulburare a limbajului scris. În schimb, nu rar se observă tulburări izolate ale limbajului scris. Diferite situații sunt utilizate pentru explorarea limbajului scris:

- expresia scrisă: scriere spontană (subiectul scrie o frază aleasă chiar de el), dictare, silabisire, realizare de cuvinte cu litere mobile (scrabble);
- înțelegerea scrisă. Sunt folosite probele următoare: dispunere a unor cuvinte sub imagini; dispunere a unor texte sub acțiuni; desemnare a unor cuvinte scrise pornindu-se de la niște consemne orale (exemplu: „Din mulțimea de cuvinte care se află pe foaie, arătați-mi unde se găsește cuvântul: pantalon, fetiță, pisică...").

Analiza tulburărilor de scriere (tulburări grafice) trebuie să se facă pe două planuri:

1 / forma literelor care compun un cuvânt;
2 / sintaxa unei fraze. Atunci când codul grafic este perturbat, anumite tulburări par să fie traducerea scrisă a celor ale limbajului oral.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Altele duc la paragrafii sau la o disortografie — „caree numele tău" pentru „care e numele tău" — la un subiect al cărui nivel de studiu anterior este ridicat. Realizarea literelor sau grafemelor poate fi alterată. Uneori, literele sunt făcute prost cu o micrografie (scriere minusculă în tot sau o parte a textului) și mai ales perseverări grafice (litere sau fragmente de cuvinte contaminează altele, exemplu „soarel strălucește pe cerel albrel" în loc de „soarele strălucește pe cerul albastru". În acest exemplu există o disortografie și perseverări. Asemenea anomalii fac ca mesajul scris să fie ilizibil.

Mai multe tipuri de afazie sunt descrise în literatura neuropsihologică (Gil, 2006; Verstichel și Cambier în Botez-Marquard și Boller, 2005).

b. Principalele tipuri de afazie

Descriem aceste tulburări opunând afazia Broca (afazie nonfluentă) și afazia Wernicke (afazie fluentă), chiar dacă această opoziție este astăzi pusă sub semnul întrebării, în lumina cunoștințelor referitoare la conectivitatea cerebrală. Afaziile care se manifestă printr-o reducere a expresiei limbajului sunt numite afazii nonfluente. Invers, afaziile fără reducere a expresiei limbajului sunt numite fluente.

Afazia Broca

1 / Afectează versantul expresiv al limbii. Acest tip de afazie se caracterizează printr-o reducere, dacă nu chiar suspendare a discursului, denumită „afazie nonfluentă". În anumite cazuri, bolnavii vorbesc, dar puțin, cu stereotipii verbale și o dezintegrare fonetică, ea însăși însoțită de o apraxie buco-facială (dificultate sau incapacitate de a efectua mișcările gurii și ale feței care însoțesc expresia orală). Din acest motiv, repetarea unor cuvinte este laborioasă și greu de realizat. Există o tulburare de citire și de scriere (disortografie). În schimb, înțelegerea orală este prea puțin perturbată. De obicei, afazia Broca este concomitentă cu o hemiplegie dreaptă. Leziunea se situează într-o zonă cerebrală a emisferei stângi, descrisă de Broca (aria lui Broca) în 1861. Linia melodică este adesea cruțată, ceea ce poate favoriza reeducarea vorbirii prin repetarea unor cuvinte și fraze „cântate".

2 / Afazia globală, descrisă de Déjerine. Se caracterizează printr-o dispariție a expresiei orale, o înțelegere nulă și imposibilitatea de a citi, de a scrie, de a denumi și de a repeta. Este adesea asociată cu importante leziuni ale emisferei stângi, cu sau fără hemiplegie dreaptă asociată.

3 / Anartria pură descrisă de Pierre Marie. Se manifestă printr-un mutism sau o expresie orală redusă, legată de importante perturbări fonetice. Probele de repetare eșuează sau confirmă tulburările fonetice ale expresiei orale spontane. În schimb, înțelegerea, citirea nonvorbită și expresia scrisă sunt prezervate.

Afaziile fără reducere a expresiei limbajului sunt numite afazii fluente:

4 / Afazia Wernicke a fost descrisă de către autorul cu același nume, în 1874. Se caracterizează prin tulburări masive ale înțelegerii limbajului vorbit, deși limbajul exprimat este conservat, însă adesea logoreic. Acest limbaj logoreic conține parafazii ce pot să ducă la un jargon care alterează calitatea informației produse de către pacient.

Afazia Wernicke este secundară unei leziuni aflate la nivelul unei regiuni constituite de partea posterioară a celei dintâi și celei de-a doua circumvoluțiuni temporale stângi (zonă Wernicke). În anumite cazuri, citirea și scrierea pun în evidență o alexie și o agrafie de o severitate variabilă. Alexia se caracterizează printr-o pierdere de strategie perceptivă a lecturii: pacientul citește sfârșitul sau mijlocul cuvintelor unui enunț. Agrafia corespunde unui deficit al strategiei constructive a cuvintelor.

5 / Afazia amnezică. Se caracterizează printr-o lipsă a cuvântului, deși probele de înțelegere, de repetare, de citire și de scriere sunt prezervate.

6 / Afazia de conducție. Se observă importante perturbări ale limbajului spontan. Înțelegerea lecturii este prezervată, dar citirea cu voce tare este deformată. Scrierea prezintă paragrafii sub dictare (cuvintele sunt scrise anormal). Probele de repetare și de denumire arată parafazii.

Global, tulburările de atenție, de memorie și de limbaj au o mai mare frecvență și ocupă un loc mai important în patologia cerebrală decât tulburările percepției și ale gesturilor pe care le vom descrie acum.

IV. Tulburările percepției

a. Generalități (vezi și Lechevalier et al., 1995)

Semnificația pe care le-o atribuim senzațiilor noastre, provocate de fenomene externe și/sau interne, se bazează pe procesele perceptive. Acestea iau parte la cunoașterea lumii înconjurătoare și se numesc gnozii. Mesajele elementare percepute se proiectează la nivelul unor zone corticale definite — occipitale, temporale, parietale —, iar apoi, la nivelul cortexului asociativ, unde lobii frontali joacă un rol esențial, diferitele mesaje sunt adunate și organizate pentru a duce la identificarea perceptivă, care depinde de experiențele noastre trecute, dar și de limbaj.

Deficiențele perceptive pot rezulta din leziuni la diferite niveluri ale proceselor perceptive, adică la nivelul organului senzorial însuși (de exemplu, ochiul, urechea), la nivelul ariilor primare ale cortexului și ale nucleilor subcorticali care acționează asupra celor mai simple caracteristici senzoriale (formă, culoare) sau la nivelul ariilor corticale superioare unde percepțiile elementare se integrează pentru a deveni imagini, concepte. Consecințele unei deficiențe a acestor structuri succesive diferă în funcție de complexitatea funcțiilor întrerupte.

Pierderea unei facultăți de percepție, care nu se explică printr-o afectare a organului senzorial (ochi, ureche...), este desemnată prin termenul „agnozie". Schematic, prelucrarea informației vizuale depinde de anumite regiuni occipitale ale cortexului, prelucrarea spațială depinde de unele zone parietale, iar identificarea prin recunoaștere depinde de regiuni temporale. Deficitele consecutive afectării acestor regiuni sunt adesea însoțite de un fenomen numit „anosognozie" sau nerecunoaștere a propriilor tulburări. Anosognozia poate fi totală sau parțială, temporară sau permanentă, în funcție de gravitatea sechelelor neuropsihologice. Acest fenomen, de origine lezională, trebuie deosebit de mecanismele de apărare de tip refuz sau negare, deși uneori acestea coexistă.

Cele mai multe dintre cercetările în neuropsihologie au dezvoltat teste standardizate de percepție, mai ales în domeniul gnoziilor virtuale. Studiile sunt mai puțin numeroase pentru studiul gnoziilor în domeniile audiției, tactilului, gustului și mirosului.

Prealabil la orice investigare a funcționării gnozice, este necesar să se stabilească un diagnostic diferențial, în scopul obținerii certitudinii că pacientul înțelege cererile verbale ale clinicianului, că este capabil să se exprime, că nu are o boală de domeniul psihiatriei și că nu prezintă vreun handicap senzorial elementar sever. Consultația clinică inițială permite explorarea acestor chestiuni. Pacienții care poartă ochelari sau un aparat auditiv pot să fie fără probleme explorați pe planul funcțiilor perceptive.

b. Deficitele sferei vizuale

1 / Cecitatea corticală corespunde unei cecități de origine cerebrală, prin opoziție cu cecitățile de origine oculară. Pacientul se comportă ca un orb în fața tuturor stimulărilor vizuale, deși fundul de ochi este normal. Aceasta este consecința distrugerii bilaterale a zonelor de proiecție primară a căilor vizuale la nivelul cortexului occipital. În mod paradoxal, pacientul nu recunoaște (anosognozie) că este orb, chiar dacă se lovește de obstacole și nu se poate deplasa singur. Nu rareori se observă unele halucinații vizuale elementare. Iar tulburările mnezice, cu dezorientare temporalo-spațială, sunt constante.

2 / Agnoziile vizuale sunt niște tulburările ale recunoașterii vizuale. Cu toate că senzațiile vizuale sunt prezervate, pacientul nu poate să recunoască anumite componente ale mediul înconjurător vizual, din cauza lipsei unei integrări senzoriale, la nivelul cortexului. Agnoziile vizuale pot să vizeze imaginile, formele, obiectele, culorile sau chipurile ori să asocieze între acestea. Atunci când o agnozie afectează un singur semicâmp vizual (drept sau stâng), este vorba despre o semiagnozie.

Există diferite tipuri de agnozii, printre care amintim:

– Agnozia formelor. Ea se caracterizează printr-o incapacitate de a discrimina figurile geometrice elementare (pătrate, cercuri, triunghiuri...), ceea ce explică dificultatea sau imposibilitatea identificării obiectelor și imaginilor, deși acuitatea vizuală este intactă. În ceea ce privește imaginile, există o insuficientă diferențiere între fond și formă. Această perturbare este consecința unor leziuni occipitale care pot să fie bilaterale, dar care implică emisfera dreaptă.

– Agnozia culorilor. Subiectul întâmpină greutăți în a numi culorile care îi sunt prezentate, deși nu și-a pierdut viziunea colorată. Într-adevăr, este capabil să clasifice o mulțime de nuanțe ale aceleiași culori. Îi este greu și să-și aducă aminte culorile atunci când este întrebat: „Care este culoarea unei roșii? Care este culoarea spanacului?..." Face același tip de greșeli și la o probă de colorat. Agnozia culorilor traduce o leziune occipitală stângă.
– Agnozia cuvintelor sau alexia. Subiectul nu mai recunoaște cuvintele. Aceasta poate să se întâlnească, deși scrierea spontană este păstrată corect. Este consecința unei leziuni occipitale stângi.
– Agnozia fețelor sau prosopagnozia. Este o perturbare izolată a recunoașterii chipurilor familiare în situație cotidiană sau în fotografii. Subiecții nu identifică nici personajele publice celebre. Pacienții se pot plânge de o asemenea dificultate sau pot să pară indiferenți. Această tulburare este adesea legată de anumite leziuni occipitale bilaterale sau drepte.
– Agnoziile spațiale. Tulburările percepției spațiale au legătură cu unele leziuni posterioare, mai ales ale emisferei drepte. Agnozia spațială, numită și neglijență spațială unilaterală, vizează, la un subiect dreptaci, semicâmpul vizual stâng. Stimulii vizuali situați în acest semicâmp sunt ignorați. Tulburările acestea sunt adesea asociate cu un deficit vizualo-constructiv, cu o agrafie, cu o alexie, cu o asomatognozie (tulburări ale schemei corporale).

Clinicianul poate explora percepția spațială, cu ajutorul probei de evaluare a direcției liniilor lui Benton și a figurii lui Rey (1941). Alexia și agrafia sunt explorate prin citirea unui text cu voce tare și scrierea sub dictare a unor enunțuri simple. Tulburările schemei corporale sau asomatognozia sunt recunoscute pornind de la denumirea părților corpului.

c. Deficitele sferei auditive

Numai leziunile bilaterale corticale duc la tulburări perceptive auditive patente. Leziunile unilaterale pot să se afle la originea fie a unei surdități verbale, fie a unei tulburări care nu apare decât în anumite situații experimentale. Lipsa identificării sunetelor, deși receptorul

auditiv funcționează normal conform audiogramei, este numită „agnozie auditivă".

— Surditatea corticală este legată de unele leziuni temporale bilaterale ale cortexului auditiv primar. Pacienții nu pot să identifice semnificația sunetelor pe care le aud (zgomote familiare, muzică, mesaj verbal), deși la examenul audiometric nu există o surditate în sensul perceptiv elementar. Este întotdeauna asociată unor tulburări ale expresiei limbajului.

— Surditatea verbală pură este observată în cadrul unor leziuni cortico-subcorticale temporale stângi. Această tulburare se integrează de obicei în evoluția unei afazii Wernicke. Pacientul este incapabil să înțeleagă limbajul vorbit, deși nu prezintă vreo afectare a producerii limbajului. Poate să vorbească, să citească, să scrie (cu excepția scrierii după dictare), Pacientul se plânge de o dificultate de „a auzi" sau are impresia că aude o limbă străină sau o „fredonare nedeslușită" (Gil, 1996).

— Agnoziile paralingvistice. Afectează recunoașterea emoțională a mesajelor verbale și identificarea celui care emite aceste mesaje.

— Deficitele perceptive auditive specifice. Tehnicile de ascultare dihotică (probă în care primește simultan, în fiecare ureche, mesaje diferite) au pus în evidență o prevalență a emisferei stângi pentru mesajele verbale și a emisferei drepte pentru mesajele nonverbale. Astfel, o leziune temporală dreaptă pare să se afle la originea anumitor deficite muzicale care duc la o agnozie a muzicii. Aceasta se caracterizează printr-o incapacitate de a recunoaște melodiile: ritm, intensitate, tonalitate, durată, memorie melodică.

d. Deficitele sferei tactile

Agnoziile tactile sau astereognoziile. Corespund incapacității de a identifica obiectele prin palpare și pipăit în situații în care nu se recurge la suportul vizual. Gil (1996) descrie patru niveluri de prelucrare a informației în timpul palpării obiectului:

1 / nivelul senzațiilor elementare: rece, cald, rugos, neted...;
2 / nivelul percepțiilor formei și materiilor: rotund, lung și strâmt..., metal, sticlă...;

3 / nivelul de identificare sau nivelul asociațiilor: obiectul poate să fie recunoscut;
4 / nivelul denumirilor: obiectul recunoscut poate să fie numit. În această ultimă etapă, poate să existe un deficit tactilo-verbal, iar în acest caz obiectul va fi recunoscut, dar nu va fi numit. Deficitele la nivelurile 2 și 3 corespund astereognoziilor. Tulburările de la nivelul 4 corespund așa-numitei anomii tactile.

e. Tulburările schemei corporale sau asomatognoziile

Mesajele senzitive intervin în cunoașterea lumii exterioare și în elaborarea activităților cognitive. Cunoașterea pe care o avem despre propriul nostru corp se numește somatognozie, iar aceasta corespunde schemei corporale. Această cunoaștere se bazează și pe limbaj, prin desemnarea și integrarea psihică a părților corpului, în cursul dezvoltării. Privarea parțială sau totală a acestei cunoașteri perceptive se numește „asomatognozie".

— Iluzia „membrului-fantomă". Acest fenomen se produce în urma suprimării, de obicei brutală, a aferențelor periferice senzitive — amputare a unui membru —, dar se poate observa și în cadrul unor leziuni ale căilor senzitive survenite după o secționare a măduvei spinării. Iluzia corespunde faptului că pacientul are senzații la nivelul membrului care nu mai există (membru-fantomă): dureri, impresii chinestezice bizare, senzații de transformare corporală la nivelul acestui membru-fantomă.

— Tulburările conceptuale ale schemei corporale sau autotopoagnozie. Sunt consecutive unei leziuni a regiunii parietale posterioare stângi. Autotopoagnozia corespunde incapacității unui subiect de a desemna, descrie sau numi, la modul oral, părțile corpului examinatorului și pe cele ale propriului său corp. Același fenomen se observă și în desenul corpului, În schimb, hainele sau alte obiecte sunt corect desemnate.

— Semiasomatognozia stângă. La un subiect dreptaci, este însoțită de obicei de o hemiplegie stângă. Este consecința unei leziuni parietale drepte. Pacienții își neagă deficitul motor (anosognozia), își ignoră, uită sau neglijează semicorpul stâng, care poate fi trăit ca străin, și prezintă adesea halucinații chinestezice.

f. Neglijența spațială unilaterală sau semineglijența

Neglijența față de o parte a spațiului sau semineglijența corespunde incapacității pacientului de a fi atent și de a orienta o acțiune spre semispațiu și semicorp (Gainotti *et al.*, 1989). Este concomitentă cu o leziune cerebrală pe partea opusă a semicorpului. Într-adevăr, o leziune cerebrală severă în dreapta duce la o paralizie stânga, în timp ce o leziune cerebrală în stânga provoacă o hemiplegie dreaptă. semineglijența survine, așadar, după o leziune parțială stângă sau dreaptă. Accidentele vasculare cerebrale și traumatismele cranio-cerebrale sunt cele mai frecvente cauze.

Dar, de cele mai multe ori, vizate sunt partea corpului și spațiul extracorporal stâng, leziunile cerebrale provocând cele mai severe neglijențe cerebrale. Lucrul acesta se explică prin faptul că emisfera dreaptă joacă un rol major în funcțiile vizualo-spațiale. În formele foarte severe, există chiar o deplină absență de prelucrare a tot ceea ce se petrece în stânga pacientului. Pacienții se comportă ca și cum ar ignora sau „ar neglija" jumătate din spațiu și jumătate din propriul corp. Nu se gândesc să-și folosească partea sănătoasă a corpului pentru a o ajuta pe cea deficientă.

Acest fenomen are o origine lezională și involuntară. Nu este legat de un deficit senzorial sau motor elementar și nu se explică printr-o degradare intelectuală importantă. Este adesea însoțit de o anosognozie parțială sau totală. Pacientul poate să prezintă o neglijență pentru:

- spațiul personal (îi vizează corpul): de pildă, el/ea „uită" să se radă ori să se machieze pe o parte a feței;
- spațiul de reprezentare mentală: dacă i se cere să deseneze o casă, un cub sau o margaretă, nu desenează decât partea dreaptă și numai pe partea dreaptă a foii de desen;
- spațiul peripersonal (în jurul corpului): nu mănâncă decât din jumătatea dreaptă a farfuriei, fără să-și dea seama că nu s-a atins de jumătatea stângă;
- spațiul extra-corporal (spațiul în general): neglijează tot spațiul stâng și se lovește de obstacolele aflate pe partea stângă.

Asemenea tulburări induc, uneori, deliruri somatofrene (care au legătură cu corpul), în lipsa oricărei afectări psihiatrice. Se întâmplă ca unii pacienți să exprime senzații de stranietate și/sau de atac cor-

poral. De exemplu, brațul este perceput ca neaparținându-i sau ca fiind desprins de corp și/sau situat în afara sinelui, de pildă în spatele ușii camerei; sau mâna din partea lezată este amenințătoare: „O mână m-a atacat astă-noapte". Bineînțeles, consultația clinică și istoricul tulburărilor este întotdeauna indispensabil pentru stabilirea unui diagnostic diferențial.

Numeroase probe de complexitate crescândă permit explorarea semineglijenței spațiale. De exemplu, subiectul trebuie să numească obiectele dispersate în toată camera, să deseneze un cub, un orologiu cu cifrele înăuntru sau să efectueze o probă de baraj pe o foaie (în mod aleatoriu sunt desenate pătrate, cercuri și triunghiuri pe întreaga suprafață a paginii; consemnul este ca subiectul să taie toate cercurile de pe foaie). Pacientului i se poate cere să scrie câteva fraze după dictare sau să citească un text. În funcție de localizarea cerebrală a leziunii și de severitatea semineglijenței, subiectul va neglija parțial sau total spațiul corporal și extracorporal drept sau stâng.

V. Tulburările deprinderilor gestuale sau apraxiile

a. Generalități

La începutul anilor 1900, Hugo-Karl Liepman descrie: „Tabloul patologic al apraxiei (asimbolie motorie) pornind de la un caz de apraxie unilaterală". Mai târziu, Pick, Déjerine, Kleist și Strauss, Pierre Marie, Brain, Hecaen, Luria vor descrie noi forme de apraxie care implică zone cerebrale diverse. Se pare totuși că leziunile parietale stângi și drepte provoacă apraxii mai severe decât leziunile frontale sau temporale.

Apraxiile corespund unor perturbări ale activităților gestuale care nu se pot explica nici printr-o afectare motorie, nici printr-o afectare senzitivă elementară, nici printr-o degradare intelectuală globală severă. Dacă mișcarea se poate defini ca o deplasare a segmentelor corpului, gestul implică atât o intenție, cât și o finalitate. Orice mișcare depinde de o reprezentare spațializată elaborată de către cortexul parietal asociativ.

Activitatea gestuală este variată. Aceasta implică gesturi simple și gesturi elaborate prin intermediul utilizării unor obiecte, al imitării și

al expresiei gestuale simbolice. Trebuie să se știe că apraxia poate să nu fie clinic observată, atunci când pacientul nu întâmpină dificultăți majore în actele vieții curente. Apraxiile pot să afecteze numai membrele superioare sau multe alte părți ale corpului, precum deplasarea membrelor inferioare sau mișcările buco-faciale. În plus, atunci când apraxia afectează o singură parte a corpului (dreaptă sau stânga), este vorba despre o apraxie unilaterală, iar dacă afectează ambele părți ale corpului (la stânga și la dreapta), este o apraxie bilaterală.

În studierea apraxiilor, se pot observa activități gestuale simple și activități constructive mai elaborate, pornind de la consemne orale și fără imitare: „Arătați-mi cum faceți pentru...", „Acum faceți ca mine".

Iată un repertoriu nonexhaustiv al gesturilor ce trebuie explorate:

1 / printre gesturile de utilizare, cu și fără obiecte, *a.* următoarele gesturi simple: pieptănat, spălat pe dinți, folosirea unui ciocan; *b.* următoarele gesturi complexe: aprinderea unei lumânări, îndoirea unei foi de hârtie și introducerea ei într-un plic, formarea unui număr de telefon;

2 / gesturi fără semnificație, efectuate fără și cu imitare: atingerea cu indexul drept a ochiului stâng, realizarea a două inele îmbinate cu degetul mare și indexul fiecărei mâni;

3 / gesturi descriptive: cererea de a reprezenta o scală în spirală;

4 / gesturi expresive: cererea de a trimite un sărut, de a spune la revedere; și gesturi simbolice care sunt reflectarea unor convenții în cadrul unei culturi date: cererea de a face salutul militar, de a depune jurământ, de a face semnul crucii...

Literatura de specialitate repertoriază în jur de treizeci de forme de apraxii, care prezintă un interes semiologic foarte inegal. Ne limităm la descrierea celor mai des întâlnite:

— Apraxia ideomotorie este descrisă de către Liepman la începutul anilor 1900. Tulburările se manifestă în gesturile simple, care nu necesită manipulări ale unor obiecte reale (vezi tabelul de mai sus). Pacientul este incapabil să schițeze un gest oarecare sau acesta este scurtat sau provoacă perseverări ale unor fragmente de gesturi executate mai înainte. Sarcinile utilizate constau în a-l pune pe subiect să realizeze mai întâi la modul verbal, apoi la unul imitativ gesturi cu sau fără semnificație. Apraxiile ideomotorii pot fi bilaterale sau unilaterale. De cele mai multe ori afectat este cortexul parietal stâng.

— Apraxia ideatorie corespunde incapacității de a utiliza obiecte reale din viața curentă. Aceasta afectează mai ales succesiunea de gesturi elementare necesare realizării unui act complex precum acela al pieptănării cu o perie, punerea mesei, introducerea unei scrisori într-un plic și timbrarea acestuia. Gesturile sunt incomplete, incoerente și nepotrivite cu obiectul și cu sarcina ce trebuie îndeplinită. Pacientul nu știe să utilizeze obiectele, le manipulează cu neîndemânare, într-un mod dezorganizat și ineficient. Se observă o perplexitate și uneori perseverări. Apraxia ideatorie este înregistrată în cazul leziunilor temporo-parietale stângi și în cadrul unor leziuni difuze răspunzătoare pentru o demență.

— Apraxia constructivă. Competențele constructive necesită manipularea unor date vizualo-spațiale într-un demers programat, care solicită activități motorii. Apraxia constructivă corespunde unei tulburări izolate a execuției unor sarcini constructive bi- sau tridimensionale. Apraxia constructivă este frecventă în clinică și se observă mai ales în leziunile parietale drepte, dar uneori și stângi. În cadrul leziunilor parietale drepte, deficitul este mai ales de origine vizualo-spațială. Desenele sunt dezarticulate, dezorganizate pe plan topografic. De foarte multe ori, le este asociată o neglijență spațială stângă. În cadrul unor leziuni parietale stângi, desenul este simplificat, cu dificultăți în realizarea detaliilor.

Evaluarea neuropsihologică se bazează pe: 1 / desenul după consemnul examinatorului (desenarea unui cub, a unei case, a unei biciclete) sau după un model (figura lui Rey); 2 / reproducerea unui model plan (realizarea unui puzzle) sau a unui model tridimensional (îmbinarea cuburilor lui Kohs sau testul de construire în bateria de teste WAIS).

— Apraxia îmbrăcării. Pacientul întâmpină dificultăți atunci când vrea să se îmbrace. Nu poate să așeze, să orienteze, să manipuleze, să-și pună hainele, deși nu prezintă tulburări ale motricității și nici o apraxie ideatorie sau ideomotorie. Acest tip de apraxie se observă în cadrul unor leziuni parietalo-occipitale ale emisferei drepte și, în general, este însoțit de o semiasomatognozie și de o apraxie constructivă. Apraxia îmbrăcării este prezentă frecvent în maladia Alzheimer.

— Apraxia melochinetică. Aceasta se manifestă prin dificultăți întâmpinate în executarea unor mișcări fine și care se succedă. Se pare că este legată de o pierdere a melodiei cinetice, care împiedică realizarea motorie a actului. Poate fi explorată pornindu-se de la urmă-

toarele sarcini: mișcare fină a degetelor, strângerea și desfacerea succesivă a pumnilor. Implicate sunt mai ales ariile frontale premotorii.

— Apraxia mersului. Subiectul se află în incapacitatea de a dispune de propriile sale membre inferioare într-un mod adaptat. Nu mai poate să înainteze corect, punând un picior după altul, iar restul corpului are tendința de a se dezechilibra, căzând pe spate. Apraxia este însoțită de o tulburare a inițierii mișcării cu, de exemplu, o dificultate întâmpinată la instalarea în poziție culcată sau la răsucirea corpului în poziție alungită. Lucrul acesta se produce, deși pacientul înțelege consemnul, iar incapacitatea nu-și are explicația într-o durere fizică. Mișcările voluntare abstracte eșuează, precum schițatul pe jos al unui 8 cu degetul cel mare, îndeplinirea gestului tragerii unui șut într-o minge. Apraxia mersului are legătură cu unele leziuni frontale bilaterale.

— Apraxia buco-facială. Vizează mișcările buco-linguo-faciale (gură, limbă, obraji). Pacienții nu pot să realizeze la cerere unele mișcări buco-linguo-faciale, deși pot, în mod automat, să înghită și să mestece. Acest tip de apraxie însoțește frecvent afazia Broca. Deficitele sunt evidențiate pornindu-se de la probe care constau în a-i cere subiectului, la modul verbal și imitativ: să scoată limba direct în față, la dreapta, apoi la stânga, să umfle obrajii, să țuguie buzele, să se strâmbe în diferite feluri prin imitație. Leziunile sunt localizate în regiunile frontale drepte sau stângi.

Acest lung capitol, consacrat tulburărilor percepției și gestului, comportă o multitudine de simptome dintre care cele mai multe sunt invalidante, dar destul de rare și care, prin ele însele și dacă sunt izolate, afectează în general prea puțin autonomia mentală. Pentru o mai bună înțelegere a repercusiunilor unor tulburări de acest tip în viața cotidiană trimitem la cărțulia lui O. Sacks (1985), *Omul care își confunda soția cu o pălărie*.

VI. Tulburările legate de sindroamele frontale

a. Generalități

La ființa umană, lobii frontali drept și stâng constituie 40% din masa cerebrală. Această proporție este superioară față de ceea ce se

observă la celelalte animale și crește pe măsura apariției cronologice a speciilor, culminând cu marile maimuțe și încă și mai mult la om. Numeroasele conexiuni ale lobilor frontali explică rolul lor esențial în integrarea datelor senzoriale, în coordonarea diferitelor activități instrumentale specifice — motricitate, limbaj, memorie, competențe vizualo-spațiale și așa-numitele „funcții executive", din termenul englez „executive cognitive control" a cărei traducere ar trebui să fie mai degrabă „funcții strategice"[10]. Este vorba despre anumite capacități de planificare, de anticipare și de control. Cortexul frontal ocupă astfel un loc preponderent în programarea comportamentelor.

Luria (1978) a jucat un rol esențial în descrierea funcțiilor lobilor frontali, considerați înaintea lui, în afara circumvoluțiunilor frontale ascendente, drept niște zone „mute" ale creierului!

Deși în literatura de specialitate se întâlnește termenul de „sindrom frontal" la singular, ar fi mai potrivit să se vorbească despre sindroamele frontale, căci tablourile clinice variază în funcție de severitatea și localizarea leziunilor frontale. Diferite patologii neurologice pot să introducă un sindrom frontal ale cărui caracteristici nu sunt strict identice: un accident traumatic (traumatism cranian grav), un accident vascular cerebral, o tumoare cerebrală, o maladie degenerativă (demență fronto-temporală) sau o boală infecțioasă aflată la originea unei encefalite (inflamare a creierului). Este vorba, așadar, despre un sindrom frecvent întâlnit și invalidant.

Consecințe ale sindromului frontal
(vezi și Pegna, în Botez-Marquard și Boller, 2005)

— tulburări motorii, mai ales o reducere globală a activității motorii (inerție);
— tulburări cognitive: tulburări praxice și gnozice, tulburări ale limbajului, ale activităților intelectuale și mnezice;
— tulburări psihocomportamentale: modificare a personalității, tulburări ale dispoziției, pierdere a controlului comportamentelor instinctive. Anumite sindroame frontale grave compun un tablou demențial, așa cum este el definit după criteriile din DSM-IV sau 95-10.

---

10 *Fonctions stratégiques* (*N. t.*)

BIBLIOTECA FACULTĂȚII DE PSIHOLOGIE

b. Tulburări ale reglării activității motorii

Perturbările activității motorii constau într-un tablou compus din unul sau, mai adesea, din mai multe dintre semnele următoare:

1 / o lipsă de inițiativă și de spontaneitate gestuală;
2 / o imposibilitate de a reproduce serii de gesturi, de ritmuri sau desene foarte simple;
3 / perseverări și stereotipii gestuale, de pildă, un gest este repetat sau menținut inutil și perturbă ansamblul activității motorii;
4 / tulburări ale echilibrului și mersului cu retropulsiune (tendință de a cădea pe spate) la statul în picioare, o dificultate de utilizare a membrelor inferioare în timpul mersului (apraxie a mersului) sau o imposibilitate de a rămâne în picioare și de a merge;
5 / o reacție de apucare patologică numită „grasping reflex". Acest comportament de apucare poate fi manual sau oral. Este vorba despre o reacție de agățare declanșată de stimularea tactilă la nivelul palmei sau a gurii. Obiectul apucat nu poate să fie întotdeauna lăsat în mod voluntar. Lucrul acesta corespunde reflexelor arhaice prezente la copilul mic și care dispar în cursul dezvoltării normale.

c. Tulburările cognitive

Cortexul frontal exercită un control asupra implementării și realizării acțiunilor. Un astfel de proces este descris în neuropsihologie sub conceptul de „funcții executive". Funcțiile executive cuprind ansamblul proceselor necesare reușitei sarcinilor complexe. Este vorba despre o mulțime de capacități care îi permit unui individ să aibă comportamente intuiționale și apropriate (Lezak *et al.*, 2004). Acestea corespund capacităților cognitive necesare comportamentelor îndreptate spre un scop și adaptării legate de cererile mediului. Funcțiile executive sunt implicate în inițierea, planificarea, anticiparea, îmbinarea unor secvențe de acțiuni, controlul și întreruperea unor comportamente, într-un scop de adaptare la necesitățile mediului înconjurător.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Funcțiile executive (Luria, 1978)

1 / analiză și sinteză a informațiilor venite din mediul interior și din mediul exterior;
2 / determinare a programului de acțiune, adică organizare secvențială a diferitelor sarcini ce trebuie îndeplinite;
3 / executare a programului cu posibilitatea, în orice moment, de oprire sau de modificare a desfășurării;
4 / evaluare finală a rezultatelor obținute în raport cu scopul urmărit inițial.

Tulburările de raționament, planificare și judecată apar, adesea, în timpul unor activități abstracte și complexe care necesită mai multe operațiuni pentru a ajunge la o sinteză finală (probleme de aritmetică, explicații de proverbe, desenul unei biciclete, testul Turnului Londrei, testul de aranjare a unor imagini din WAIS) (vezi Lezak *et al.*, 2004). Aceste probe eșuează de regulă, dar este vorba mai degrabă despre un deficit al strategiei ce duce spre scop decât un deficit al activităților elementare. Într-adevăr, calculul mental simplu, automatismele profesionale, acțiunile simple și punctuale sunt adesea bine conservate. Realizarea unei sarcini poate să fie facilitată de o încurajare susținută și de fragmentarea datelor planului de rezolvare.

Există anumite tulburări ale flexibilității mentale și ale proceselor de inhibiție, care se manifestă prin perseverări. Acestea sunt niște tulburări caracteristice sindromului frontal. Pacienții prezintă dificultăți în a inhiba răspunsurile nonpertinente în contexte noi. Răspunsurile nu sunt modulate, subiecții au tendința de a persevera în greșeala de strategie, ceea ce duce la niște conduite neadaptate și la un obiectiv eșuat. În Franța, sunt folosite proba de clasificare a cărților Wisconsin (Milner, 1963) și testul Trail Making, partea B. În plus, testul de interferențe Stroop este o probă sensibilă la deficitele de inhibiție a acestor pacienți (să reamintim că este vorba despre desemnarea culorii în care este figurat un cuvânt, fără ca subiectul să se lase influențat de cuvântul însuși, de exemplu cuvântul verde scris în roșu). Lucrul acesta se traduce printr-un număr crescut de greșeli și latențe mărite pentru îndeplinirea sarcinilor. Pegna (în Botez-Marquard și Boller, 2005) dă un exemplu vorbind despre consecințele deficitului de flexibilitate și ale perseverării pe plan comportamental.

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

Un pacient cu sindrom frontal deschidea întotdeauna mai mult robinetul de apă caldă, pe măsură ce apa din cadă devenea fierbinte, cu obiectivul de a-i scădea temperatura (diferenţia perfect robinetul de apă rece de cel de apă caldă şi noţiunile de temperatură). Oricine îşi poate imagina la ce risc se poate ajunge dacă pacientul are şi responsabilitatea unui copil mic.

Perturbările funcţiei executive împiedică şi celelalte funcţii cognitive.

— Tulburările limbajului sunt marcate de:

1 / reducerea comunicării verbale şi nonverbale. Există un deficit al fluidităţii limbajului, cu o reducere drastică a spontaneităţii şi a iniţiativei verbale (frazele spontane sunt scurte şi rare). În cazurile severe, există chiar şi un mutism;
2 / o lipsă a cuvântului cu, în anumite cazuri, un stoc lexical totuşi intact;
3 / perseverări (cuvântul este repetat şi parazitează fraza următoare) în limbajul oral sau scris. Uneori, bolnavul repetă în ecou întrebarea sau sfârşitul întrebării examinatorului (ecolalie).

— Tulburările atenţiei şi ale memoriei se caracterizează în mod curent prin:

1 / un deficit al atenţiei concentrate şi al atenţiei împărţite;
2 / un deficit al memoriei şi al învăţării. În tentativele de memorizare nu există o strategie valabilă, iar în date ce trebuie memorate nu se observă o organizare logică. Aceste tulburări ale memoriei se află uneori la originea unor confabulaţii (evenimente adesea reale ale trecutului care intervin brusc în efortul reamintirii unor evenimente ale timpului prezent).

d. Tulburările comportamentului şi schimbările personalităţii

Comportamentul bolnavului dă impresia unei modificări a personalităţii sale. Există adesea:

1 / o pierdere a iniţiativelor şi a acţiunilor necesare vieţii cotidiene (apatie);
2 / o restrângere a câmpurilor de interes şi de motivaţie (abulie);

3 / o absență a unei reacții afective normale în fața unor evenimente personale sau a bolii (tocire afectivă);
4 / uneori, dimpotrivă, o excitație psihomotorie cu o jovialitate nepotrivită (euforie) sau o impulsivitate și o iritabilitate;
5 / o anosognozie;
6 / dificultăți majore sau o incapacitate de modificare a comportamentelor;
7 / o pierdere a sensului constrângerilor sociale, de pildă, familiaritate sau grosolănie, agresivitate verbală și/sau fizică ; neglijență vestimentară și/sau corporală; atitudini alimentare aberante (lăcomie și murdărie); comportament de urinare (bolnavul urinează peste tot, fără jenă sau pudoare).

Diferitele tulburări cognitive descrise în întregul capitol se pot asocia între ele pentru a duce la un tablou demențial, ale cărui caracteristici sunt prezentate acum.

E. Neuropsihologia demențelor

I. Definiție și cauze

Demența este un proces patologic ale cărui origini sunt diverse. Este vorba despre o deteriorare globală și severă a funcțiilor mentale. Termenul demență vine din latinescul *dementia* care înseamnă pierdere a spiritului. Această noțiune rămâne asociată în gândirea colectivă cu nebunia. Este datorată unei afectări a sistemului nervos central și compromite autonomia socială și familială a pacientului. În Franța, neurologii și neuropsihologii utilizează, în general, mai degrabă criteriile de diagnostic ale demenței din DSM-IV decât cele din ICD-10. Maladia Alzheimer este cea mai frecventă cauză de evoluție spre demență. Dar există și alte cauze de demență (Boller *et al.*, în Botez-Marquard și Boller, 2005):

1 / maladiile limitate în esență la caracteristicile demenței. Acestea sunt demențele numite primare, ca maladia Alzheimer sau mala-

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

diile degenerative fără Alzheimer, ca demența fronto-temporală și maladia corpilor Lewy difuzi (Signoret și Hauw, 1991);

2 / celelalte afecțiuni cerebrale, care pot asocia demența și celelalte simptome neurologice, ușor diferențiate în maladia Alzheimer, adică traumatismele cranio-cerebrale, accidentele vasculare cerebrale, tumorile, maladia Parkinson, scleroza în plăci, maladia Huntington, maladia Creutzfeldt-Jacob;

3 / maladiile care nu afectează în esență sistemul nervos central, precum bolile ficatului, rinichilor și anumite maladii metabolice rare, intoxicații medicamentoase și alcoolice care pot fi cauză de demență și care sunt potențial reversibile.

a. Semiologie

Criteriile din DSM-IV pentru diagnosticul de demență

A. Prezența unor deficite cognitive multiple care implică simultan:

1 / o tulburare a memoriei (alterare a capacității pacientului de a învăța informații noi sau de a-și aminti informațiile învățate anterior);

2 / una sau mai multe dintre perturbările cognitive următoare: afazie, apraxie, agnozie, funcții executive.

B. Deficitele cognitive în A1 și A2 perturbă în mod semnificativ funcționarea socială și/sau profesională și reprezintă un declin semnificativ în raport cu nivelul de funcționare anterior.

Evoluția este caracterizată printr-un debut progresiv și un declin cognitiv continuu.

C. Deficitele nu se datorează unui sindrom confuzional.

b. „Demențele corticale" și „demențele subcorticale"

Această diferențiere, repusă în chestiune de câțiva cercetători, este menținută pentru interesul euristic și clinic pe care-l prezintă. Pentru o mai bună înțelegere, facem o prezentare schematică a modelului

BCU "SIMION BĂRNUȚIU" LIBRARY

anatomic al lui Mac Lean (Gil, 1996). Autorul propune o reprezentare tripartită a creierului, pornind de la cele mai vechi și mai profunde structuri până la cele mai recente și care sunt, bineînțeles, conectate între ele: „creierul reptilian", „sistemul limbic sau creierul mamifer" și „creierul neo-mamalian". Creierul reptilian (alcătuit din trunchiul cerebral și nucleii cenușii centrali) controlează comportamentele indispensabile nevoilor de bază și supraviețuirii speciei. Deasupra acestui creier reptilian și înconjurându-l ca un „limb" sau sistemul limbic, se află, în special, amigdala, hipocampul, corpii caloși. Sistemul limbic joacă un rol esențial în reglarea comportamentelor instinctuale, emoționale și în funcțiile mnezice. Deasupra acestor două creiere „reptilian" și „limbic", care constituie structurile subcorticale, se află emisferele cerebrale acoperite cu cortexul cerebral sau „creierul mamalian", din care fac parte lobii frontali.

Demențele corticale afectează direct cortexul cerebral, care înglobează lobii frontali. Un model este demența maladiei Alzheimer, ce înglobează tulburări ale memoriei corelative cu deficite de învățare (memorie indicatorie inoperantă), o afazie, o apraxie, o agnozie, deficite ale funcției executive. Depresia este rară. Evoluția clinică duce inexorabil la tabloul demenței.

În demențele subcorticale, leziunile nu sunt localizate în cortexul cerebral. Sunt legate de o deaferentare a cortexului cerebral, printr-o lezare a conexiunilor subcorticale, de pildă, la nivelul substanței albe, ca în scleroza în plăci, sau a nucleilor cenușii centrali, ca în maladia Parkinson. Tabloul clinic este caracterizat prin tulburări motorii, o lentoare în ideație, o apatie, deficite în memorie de lucru, deși o memorie indicatorie poate fi operantă, și absența unor tulburări fazice, praxice și gnozice. Depresia este frecventă. Există un sindrom „disexecutiv" de intensitate variabilă care este concomitentă cu disconexiunea frontală și care realizează, în acest context, o demență fronto-subcorticală. Spre deosebire de demențele corticale, disfuncția frontală n-are legătură cu niște leziuni directe ale cortexului frontal, ci cu niște rupturi de conexiune între structurile subcorticale și cortexul frontal.

c. Evaluarea rapidă a funcțiilor cerebrale superioare

În practica clinică curentă, există diferite probe de evaluare rapidă a funcțiilor superioare. Mini Mental State (MMS) de Folstein (1975)

este, cu siguranță, cel mai utilizat examen, căci permite o primă explorare rapidă, dar succintă a anumitor funcții cognitive (Dérouesné, în Signoret și Hauw, 1991). Acesta este sensibil la deteriorările medii și severe. Nu necesită o formare neuropsihologică. Totuși, nu are calitățile metrologice ale testelor neuropsihologice, explorează unele performanțe cognitive în timpul aplicării, iar nu competențele intelectuale și instrumentale globale ale subiectului. Este recomandat pentru o identificare a funcționării cognitive, de exemplu în consultație medicală sau la patul bolnavului, înaintea unui bilanț aprofundat. MMS este format din 13 itemi care explorează, în mai puțin de zece minute, memoria, orientarea temporalo-spațială, atenția, calculul, limbajul și praxiile, pentru un scor maxim de 30 de puncte la adulții sănătoși. Un scor scăzut nu este specific pentru nici o afecțiune și poate fi de origine psihiatrică, neurologică sau pur și simplu legată de nivelul cultural al subiectului (ca pentru toate celelalte teste, scorul nu are nici o semnificație la un subiect care este de cultură diferită, necunoscând limba).

Cu aceste rezerve odată exprimate, MMS s-a dovedit un foarte bun instrument în urmărirea deficitelor cognitive, mai ales în demențele degenerative. Astfel, studiile asupra maladiei Alzheimer arată că există o corelare semnificativă între scorul MMS și scorul scărilor de autonomie (cu cât scorul la MMS este mai scăzut, cu atât subiecții sunt mai autonomi în actele vieții cotidiene, ca folosirea telefonului și a mijloacelor de transport, luarea medicamentelor, administrarea finanțelor).

Alte baterii de evaluare rapidă au fost propuse după MMS. G. Prigatano a publicat *BNI* (Barrow Neurological Institute) (1997), tradus în mai multe limbi, printre care și franceza (Truelle *et al.*, 2004), sub forma unei cărți de buzunar. Aplicarea durează ceva mai mult decât în cazul MMS (douăsprezece minute în loc de șapte au opt minute pentru MMS), dar sensibilitatea și specificitatea sunt superioare și iau în calcul progresele recente ale neuropsihologiei clinice. Validarea a fost făcută pentru demențe, dar și pentru celelalte patologii cerebrale. Ca și MMS, *BNI* nu necesită o competență specifică în neuropsihologie.

Într-o a doua etapă, în timpul evaluării neuropsihologice aprofundate, este util ca neuropsihologul să se bazeze pe cercetările clinice actualizate din literatura de specialitate care recomandă bateriile de teste cele mai sensibile și specifice, prin urmare, cele mai apropriate explorării tulburărilor în fiecare patologie: traumatisme craniene; ac-

cident vascular drept sau stâng; maladia Alzheimer; scleroză în plăci; maladia Parkinson... (vezi Lezak *et al.*, 2004).

F. Sinteza și restituirea bilanțului practicianului și pacientului

După examenul neuropsihologic, analiza bilanțului cere, în medie, două, trei ore de lucru. Desigur, există, uneori, bilanțuri mai rapide, dar și unele foarte lungi (șase ore sau mai mult, de pildă în cazurile complexe de expertiză medico-legală). Studiul fiecărei funcții cognitive explorate face obiectul unei sinteze care dezvăluie reușite și eșecuri. Neuropsihologia se străduiește să le interpreteze. Concluzia globală trebuie să evidențieze principalele anomalii și să ducă, într-o a doua etapă, la o interpretare a deficitelor în termeni de sindrom, de localizare și de diagnostic etiologic, dacă acesta este posibil. Câteodată, este nevoie de un al doilea, dacă nu chiar de un al treilea examen, la interval de câteva luni, pentru a se ajunge la o orientare diagnostică. Interpretarea bilanțului va fi confruntată cu celelalte examene clinice și paraclinice în sprijinul diagnosticului. În sfârșit, se fac unele propuneri terapeutice.

Documentul astfel redactat este adresat medicului, cu acordul pacientului. În general, pacientul însuși și, dacă acesta o dorește, aparținătorii așteaptă să fie informați cu prilejul unei consultații ulterioare, după redactarea unei dări de seamă. În cursul acestei noi consultații, datele examenului sunt trecute în revistă, explicate în mod comprehensibil, cerându-i-se la nevoie pacientului sau anturajului să-și formuleze reacțiile în scopul verificării acestei înțelegeri. Un anumit timp este consacrat sfaturilor: o nouă consultare a medicului, sfaturi practice în viața cotidiană, o reeducare neuropsihologică, un ajutor psihologic. După această restituire orală, este adesea de dorit ca pacientul și/sau anturajul lui să dispună de raportul scris. Astfel, poate să fie pertinent să se redacteze o dare de seamă diferită de aceea destinată medicului, care va fi mai succintă și formulată în termeni comprehensibili pentru nonspecialiști.

BCU "CAROL I" - UNIVERSITY LIBRARY

G. Locul examinării neuropsihologice în reeducare

Evaluarea și interpretarea tulburărilor este de obicei primul obiectiv al examenului neuropsihologic. Readaptarea este un al doilea obiectiv, mai mult sau mai puțin explicit, dar la fel de esențial. La pacienții ce suferă de o afectare acută, ca traumatismul cranian sau accidentul vascular cerebral, o reeducare este aproape întotdeauna necesară.

În cursul ultimelor decenii, o asemenea reeducare nu era defel recomandabilă în afecțiunile evolutive de genul demențelor sau al unei tumori inoperabile. Astăzi, specialiștii care propun o reeducare acestor pacienți sunt din ce în ce mai numeroși, prin învățarea unor tehnici de compensare pentru ameliorarea atenției (Rigaud, 2005) și pentru un mai bun control al comportamentelor neadaptate. Prima problemă care se pune în cazul judecării pertinenței unei reeducări este să se afle dacă pacientul este „educabil". Răspunsul se bazează pe evaluarea performanțelor în termeni de atenție, rememorări ale unei informații noi, învățare, competențe motorii, deprinderi practice în viața cotidiană și comportament social. Este necesar să se realizeze o evaluare individualizată a competențelor prin integrarea unor teste ecologice, ca să se țină seama de nevoile proprii fiecărui individ în viața sa de zi cu zi și de evaluarea tulburărilor specifice fiecărei afecțiuni. O femeie de 75 de ani, cu o MA debutantă, care trăiește la domiciliu, nu va avea aceleași așteptări și trebuințe de reeducare ca un bărbat de 45, victimă a unui AVC care trebuie să-și reia activitatea profesională la birou, la câteva luni după accidentul neurologic.

Reeducarea persoanelor cu leziuni cerebrale se confruntă cu un paradox, în măsura în care capacitățile necesare reeducării sunt tocmai cele mai vulnerabile la leziunile cerebrale: atenția, învățarea, funcțiile executive. Miza pe care acești pacienți le-o impun neuropsihologului și echipei este identificarea capacităților restante. Într-adevăr, capacitățile prezervate vor fi utilizate pentru a-l ajuta pe pacient să înțeleagă, să compenseze aptitudinile alterate în scopul elaborării comune a unor metode de adaptare.

În această privință, trebuie luată în calcul interdependența între cogniție, emoție și comportament. Diferențierea între, pe de o parte, funcție cognitivă și, pe de alta, funcție emoțională, comportament și

personalitate ridică o serie de semne de întrebare. Progresele neuroștiințelor din ultimele decenii au confirmat o interdependență a cărei percepere o îngăduise deja intuiția filosofilor (Damasio, 1995). Este nu doar util, ci și practic să fie diferențiate, în evaluarea neuropsihologică, pentru o mai bună înțelegere a implicării fiecăreia în dispoziție și comportament.

Astfel, anxietatea este probabil reacția cea mai comună la alterările cognitive de origine lezională. În afectările acute, ca traumatismul cranian sau accidentul vascular cerebral, procesele mentale sunt bulversate în câteva minute sau ore. Acestea duc la o alterare a funcțiilor cognitive și, într-un sens mai larg, a competențelor. Rezultă de aici o anxietate care devine un însoțitor pe termen lung. Cruțați par să fie doar aceia care sunt suficient de inconștienți de tulburarea lor (anosognozie). Această anxietate se poate estompa la subiecții capabili să învețe să se adapteze la propriile deficite, aceasta fiind un proces de lungă durată. Astfel, tratamentele medicale și psihologice ale anxietății constituie o parte nonneglijabilă a programelor de reeducare. În afecțiunile evolutive de genul demențelor, la cei mai mulți dintre pacienți, anxietatea apare atunci când subiectul mai este conștient de crescânda deteriorare a funcțiilor sale mentale. Acești pacienți pot să beneficieze și de medicații și de psihoterapii de susținere (Rigaud *et al.*, în Botez-Marquard și Boller, 2005). Atâta vreme cât sunt în stare să dobândească anumite tehnici de compensare, utilizând, de pildă, o agendă sau programe cotidiene afișate, o asemenea învățare întreține fragila percepție că nu și-au pierdut încă autonomia și demnitatea. Faptul acesta permite reducerea anxietății, măcar temporar, până ce boala anulează progresele.

În ansamblul patologiilor neurologice, depresia este frecventă, indiferent dacă este de origine reacțională și/sau legată de anumite alterări neurobiologice. Pentru anumiți pacienți, aceasta este un răspuns la conștientizarea propriilor deficite, incapacități și handicap: pierdere a slujbei, reducere a responsabilităților, a activităților sociale și de timp liber și a veniturilor financiare și, până la urmă, o dureroasă impresie de pierdere a demnității, pe care o citesc în privirile celorlalți. Anxietatea și depresia sunt accesibile medicațiilor și psihoterapiei și beneficiază și de efectele reeducării.

La modul general, reeducările sectoriale ale limbajului, memoriei, atenției trebuie să se înscrie într-un program global, adesea pluridis-

ciplinar, de readaptare. Un asemenea program vizează reducerea handicapului, susținerea nevoilor individuale, favorizarea acceptării handicapului și restaurarea sentimentului de identitate atunci când lucrul acesta este posibil (Ben Yishay și Daniels-Zide, 2000). În asemenea programe destinate persoanelor care au suferit leziuni cerebrale, neuropsihologul joacă un rol esențial.

H. Concluzie

În neurologie, ca și în psihiatrie, cercetarea maladiilor sistemului nervos evoluează rapid, mulțumită progresului neuroștiințelor.

În centrele spitalicești, neuropsihologul este din ce în ce mai cerut în cercetarea clinică pentru a evalua efectele medicamentelor sau ale tehnicilor chirurgicale de stimulare intracerebrale. Cercetarea în neuropsihologie este în plină dezvoltare și permite, în relație cu alte abordări — neuroimagerie, psihiatrie, pedagogie, etologie (mai ales comportamentele marilor maimuțe), filosofie, etică —, o mai bună înțelegere a funcționării cerebrale, a genezei tulburărilor cognitive, emoționale și comportamentale și redefinirea semiologiei funcțiilor mentale și a căilor terapeutice.

Patologiile mentale sunt o miză pentru sănătatea publică, dacă se iau în considerare handicapurile provocate de pierderea de autonomie fizică și mentală, dependența și repercusiunile familiale și socioeconomice. La acest început de secol XXI, eficacitatea limitată a tratamentelor curative ale maladiilor cronice menționate mai sus ca tratamente preventive și simptomatice crește importanța abordării etice a pacientului și a anturajului său. Este necesar să se amelioreze dispozitivele de evaluare, de tratare psihologică și reeducativă a pacienților, dar și susținerea aparținătorilor.

Pentru toate aceste motive, psihologii specializați în neuropsihologie sunt implicați atât în evaluare, tratament și cercetare, fiind insuficienți ca număr (Montreuil, 2005). Ceea ce echivalează cu afirmarea necesității, în cazul psihologilor, de a fi inițial formați și de a se forma încontinuu în dimensiunea clinică, în psihopatologie, în neuropsihologie, în tehnicile de evaluare și de tratament psihote-

rapeutic, în cercetarea clinic, dacă nu chiar în expertiza medico-legală.

Lecturi recomandate

Botez-Marquard, T. & Boller, F. (2005), *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement* (849 p.), Les Presses de l'Université de Montréal.

Eustache, F. & Agniel, A. (1995), *Neuropsychologie des démences: évaluations et prise en charge*, Marseille, Solal.

Gil, R. (2006, ed. a patra), *Neuropsychologie*, Paris, Abrégés Masson.

Lezak, M. D., Howienson, D. B. & Loring, D. W. (2004), *Neuropsychological assessment* (1 016 p.), New York, Oxford University Press.

Sacks, O. (1985), *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Paris, Le Seuil.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

9. Psihologia sănătății

de Élisabeth Spitz

A. Introducere

Psihologia sănătății este un nou domeniu de învățământ și de investigare în psihologie, iar acest câmp interdisciplinar integrează diferitele cunoștințe și tehnici ale psihologiei pentru a contribui la înțelegerea factorilor ce influențează sănătatea, boala și tratamentele. Aceasta se definește în mod larg ca studiul factorilor sociali, psihologici și fiziologici care pot juca un rol în comportamentele, cognițiile și emoțiile legate de sănătate și boală. Sănătatea se caracterizează printr-o stare de bine cu componentele sale fizice, psihologice, sociale, economice, culturale și spirituale: nu este pur și simplu absența maladiei (Morin, 2004).

Principalii determinanți ai sănătății pot să fie expuși prin intermediul unei structuri care cuprinde mai multe straturi: 1 / condițiile socioeconomice generale, culturale și de mediu; 2 / influențele sistemelor sociale (familie, comunitate, condiție de lucru, societate); 3 / condițiile de viață psihosociale și materiale individuale asociate unor posibile reacții de stres; 4 / factorii individuali (emoție, cogniție, motivație, personalitate) și sistemele fiziologic și genetic (vârstă, sex, constituție fizică). Deasupra tuturor acestor straturi se situează structura socială și economică a unei societăți, mai ales bogățiile și distribuirea lor efectivă. Apoi, mediul material și psihosocial al persoanelor apare o dată cu condițiile de viață concrete în comunități, la locurile de muncă și în raporturile sociale. Aceste condiții de viață afectează sănătatea și maladia în trei feluri (fig. 1).

În primul rând (axa A), condițiile socioeconomice generale au un impact direct asupra sănătății și bolii. În toată lumea, este un fapt recunoscut că sărăcia reprezintă unul dintre cei mai importanți deter-

BCU "Lucian Blaga" UNIVERSITY LIBRARY

minanți ai sănătății. Persoanele care trăiesc într-o sărăcie extremă nu au acces la resursele de bază (alimentație suficientă, apă potabilă, adăpost adecvat), cruciale pentru menținerea stării de sănătate. Atunci când copiii sunt expuși la o boală infecțioasă precum rujeola, cei din țările occidentale o traversează fără probleme, în timp ce în Africa mai multe mii de copii mor în fiecare an din cauza acestei maladii (WHOSIS, 2002). Cauzele sunt constituite mai mult de subalimentație și lipsa de îngrijire de care suferă acești copii decât de virus. Și în țările occidentale, condițiile de viață materiale reprezintă un determinant important de sănătate, iar sărăcia rămâne adesea asociată bolii.

În al doilea rând (axa B), condițiile de viață (cultură, comunitate, loc de muncă, raporturi sociale) contribuie la sănătate și la boală prin intermediul comportamentelor individuale ale fiecăruia. Unele cercetări au arătat că abuzul de alcool, tutun, lipsa de activitate fizică și o alimentație prea bogată în grăsimi și prea săracă în legume și fructe reprezintă factori de risc ale multor maladii. Aceste comportamente de sănătate nu constituie niște alegeri pur și simplu individuale, ci apar sub influența structurii sociale și economice, întărite sau nu de anumiți factori de mediu. Cauzele acestor comportamente se dovedesc a fi multifactoriale: ele includ, printre altele, diferențele dintre grupurile socioeconomice în ceea ce privește credințele pe care le au în legătură cu sănătatea (norme de sănătate), importanța sănătății pentru fiecare grup și sentimentul de control perceput asupra acesteia, dar și absența unor resurse sau prezența unor obstacole dăunătoare pentru sănătate. Pe această axă, este dezvoltată o abordare comunitară a sănătății.

În al treilea rând (axa C), mediul afectează sănătatea și maladia prin intermediul proceselor psihologice și fiziologice, numite și reacții la stres. Este, probabil, axa care are încă cea mai mare nevoie să fie explorată. Se pare că anumite condiții de viață psihosociale și materiale defavorabile (stresori cronici), ca lupta cotidiană pentru supraviețuirea financiară de la o lună la alta, securitatea scăzută a slujbei cresc probabilitatea de cogniții și emoții negative cronice, precum dispoziția depresivă, disperarea sau ostilitatea. Aceste cogniții și emoții negative influențează sănătatea în două feluri. În primă instanță, măresc probabilitatea unor comportamente de sănătate nepotrivite. De exemplu, s-a demonstrat că ostilitatea și afectele depresive sunt asociate cu un consum mare de tutun și o activitate fizică mai mică. Într-o instanță secundă, aceste stări și procese psi-

hologice par să fie asociate cu o augmentare a activităților psihoneuroendocriniene și psihoneuroimunologice și, mai ales, cu dereglări ale sistemului nervos autonom și ale axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenalian (axă a reacțiilor prelungite la stres). S-a descoperit că aceste dereglări sunt asociate unor schimbări metabolice, unei diminuări a coerenței cardiace și unei diminuări a funcționării sistemului imunitar.

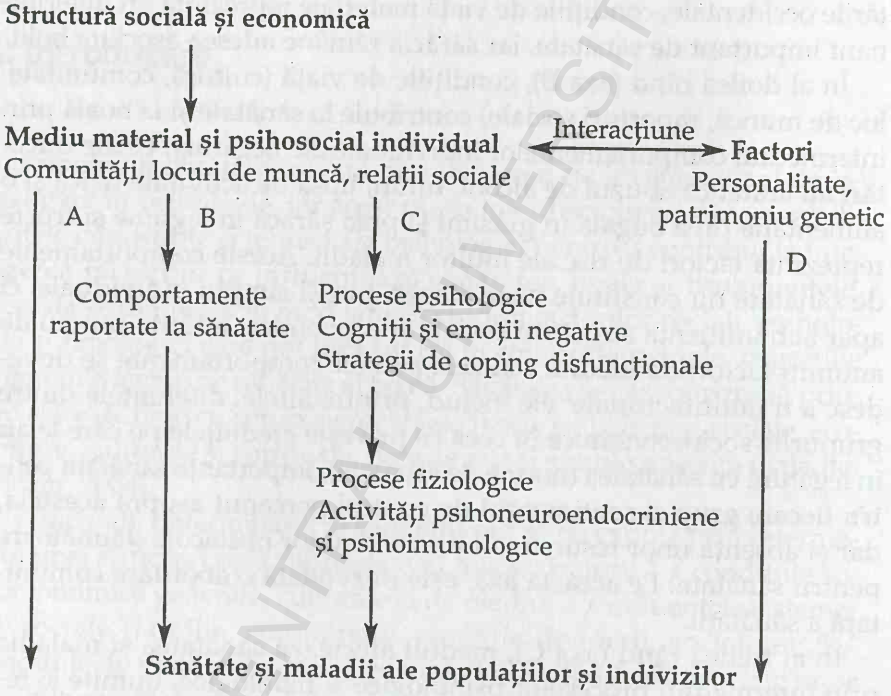


Fig. 1. — Abordare sociopsihofiziologică a sănătății și maladiei

În scopul completării acestor trei axe principale ale căror origini se situează în structura socioeconomică a societății, am adăugat o a patra axă (D) în figura 1 care ia în considerare factorii individuali. Aici, factorii individuali includ atât patrimoniul genetic, cât și factorii de personalitate. Defecte genetice pot în mod direct și independent să cauzeze anumite maladii, de pildă sindromul Down, indus de trisomia 21. Totuși, în starea actuală a informației, se pare că maladiile pur genetice sunt rare. Actual, este recunoscut faptul că bolile sunt adesea

cauzate de o interacțiune între genetică și mediu. Fenilcetonuria constituie un exemplu clasic în acest sens: această maladie este provocată de un defect genetic care nu-i permite corpului să transforme aminoacidul fenilalanină în tirozină, ceea ce duce la o deficiență intelectuală severă. Totuși, dacă micuții care se nasc cu acest defect genetic sunt hrăniți printr-un regim special „fără fenilalanină", ei se dezvoltă normal. În realitate, fenilalanina este un aminoacid indispensabil, iar regimul vizează mai ales controlarea concentrației sanguine (nici prea puțin, nici îndeajuns...) și constă în limitarea cât mai mult cu putință a proteinelor, evitându-se totodată carențele. Fără acest defect genetic, maladia nu s-ar produce, dar nici n-ar apărea într-un mediu fără fenilalanină. Patrimoniul genetic îl face pe individ vulnerabil, dar această vulnerabilitate nu are consecințe asupra sănătății decât în anumite condiții de mediu. Este foarte probabil ca această formă de interacțiune să existe și pentru alte boli. Printre factorii individuali, personalitatea a fost mult studiată în domeniul psihologiei. Deja în Grecia antică, anumite caracteristici ale personalității erau asociate cu anumite maladii, aceasta fiind, prin urmare, o ipoteză foarte veche. Astăzi, autorii vorbesc mai mult despre profiluri de personalitate asociate cu stiluri de viață ce riscă să fie nocive pentru sănătate. Astfel, se pare că anumite profiluri de personalitate sunt asociate cu unele patologii specifice. Ca orice model, structura prezentată (fig. 1) rămâne prea simplificată. Cele mai multe dintre săgeți ar putea să meargă și în direcția inversă, deoarece bolnavii pot să aibă înclinații spre emoțiile negative susceptibile să le afecteze mediul material și psihosocial (de pildă, pierderea unei slujbe, izolarea socială). Recunoaștem că o cauzalitate inversă există până la un anumit grad. Totuși, în ultimele două decenii, cele mai multe dintre cercetările epidemiologice asupra maladiilor au arătat într-un mod convingător că direcția cauzală merge în mod mai frecvent de la structura socială la boală și prea puțin în sens invers.

Încă din 1977, Engel dezvoltă un model pe care-l numește modelul biopsihosocial; totuși, dacă se ține cont de importanța fiecărui factor dintr-un punct de vedere ierarhic între structura socială, stările și procesele psihologice și reacțiile fiziologice, ar fi mai potrivit să se vorbească despre un model sociopsihofiziologic. Psihologia sănătății încearcă să identifice diferiții factori de influență și interacțiunile lor: este vorba despre o mai bună înțelegere a apariției sau nonapariției maladiei și a evoluției sale și despre propunerea unor intervenții adec-

vate. Pe plan teoretic, psihologia sănătății dezvoltă un demers integrativ care ia în calcul aporturile biologiei, psihooncologiei, psihocardiologiei, psihoneuroimunologiei, neuroștiințelor, psihologiei clinice și psihologiei sociale. Prin urmare, implementarea acestei abordări holistice le cere practicienilor sănătății o recunoaștere a importanței și a rolului factorilor psihici și sociali în domeniu. Numeroși factori intervin în variațiile comportamentelor de sănătate, printre care factorii situaționali (mediul, inclusiv stresul...), factorii dispoziționali (personalitate, sentimentul eficacității personale...) și factorii socioculturali.

Trei motive explică progresul psihologiei sănătății. 1/ Astăzi, în țările dezvoltate, principalele cauze de mortalitate nu mai sunt maladiile infecțioase, ci maladiile cronice, ca afecțiunile cardiace, cancerele, accidentele vasculare cerebrale și maladiile sistemului respirator. Maladiile cronice se dezvoltă și persistă într-o lungă perioadă de timp. OMS (1999) raportează că două treimi dintre decesele din țările dezvoltate sunt legate de anumiți factori de risc puternic influențați de comportamentele asociate contextelor de viață. 2 / Cheltuielile în sănătate au crescut în mod exponențial în ultimii ani, evidențiind necesitatea unei dezvoltări sporite a promovării sănătății și a prevenirii, cu scopul diminuării factorilor de risc și augmentarea factorilor de protecție a sănătății. 3 / Progresele în numeroase câmpuri disciplinare și dezvoltarea abordărilor pluridisciplinare ale psihologiei au permis noi perspective. De exemplu, neuropsihoimunologia descrie o legătură între comportamente și emoții care pot să aibă consecințe fiziologice care influențează sănătatea și evoluția bolii (Ader, 2001; Dantzer, 2001) sau un alt exemplu, dezvoltarea teoriilor cognitive în înțelegerea deprinderilor de viață (tabagism, abuz de alcool, lipsă de exercițiu fizic). Aceste diferite motive explică impulsul actual dat psihologiei sănătății.

De-a lungul acestui capitol, abordăm promovarea și prevenirea în vederea sănătății, legăturile dintre personalitate, evenimente de viață, sprijin social și sănătate, modelele de stres-coping, dar și modelele de autoreglare care încearcă să înțeleagă procesele asociate comportamentelor de sănătate. În cele din urmă, dezvoltăm noțiunile de complianță terapeutică și de calitate a vieții legate de sănătate.

B. Promovarea sănătății

Intervențiile de promovare a comportamentelor de sănătate cer cooperarea activă a persoanelor vizate și utilizarea unei comunicări persuasive și eficiente. Intervențiile includ informațiile și dezvoltarea unor capacități comportamentale, cognitive și sociale. Apar trei abordări majore ale promovării sănătății: abordarea sociocognitivă a schimbării de comportament, abordarea așa-numitului self-empowerment asociat dezvoltării capacităților de acțiune și abordarea acțiunii colective.

I. Modelele sociocognitive

Abordarea modelelor sociocognitive își fixează ca obiectiv să indice unele schimbări ale comportamentului prin intermediul modificărilor cogniților individuale. Bazându-se pe modelele sociocognitive, aceasta face legătura între cunoștințe, credințe, atitudini și comportamente. Există mai multe modele, dintre care patru sunt prezentate mai jos.

Modelul credințelor referitoare la sănătate (HBM — Health Belief Model — Rosenstock, 1974) reprezintă prima teorie cognitivă care se ocupă de problema comportamentelor de sănătate. Elaborat în anii '50, scopul său era inițial acela de a prezice și de a explica motivele pentru care anumite persoane nu urmau recomandările de sănătate publică privitoare, de pildă, la depistarea cancerului sau efectuarea vaccinurilor. Mai apoi, modelul acesta a fost utilizat pentru prezicerea schimbărilor de comportament în cadrul multor patologii. HBM sugerează că patru tipuri de credințe sunt necesare pentru ca persoana să fie susceptibilă să dezvolte acțiunea de sănătate recomandată: *a.* perceperea propriei sale vulnerabilități în fața bolii, *b.* perceperea gravității maladiei, dacă aceasta ar fi contractată, *c.* convingerea că propria sa acțiune, în termeni de schimbare de comportament de sănătate, va fi eficientă în confruntarea cu această amenințare (beneficii percepute ale acțiunii de sănătate) și *d.* perceperea faptului că există puține obstacole și costuri în cazul implementării acțiunii (costuri percepute ale acțiunii de sănătate). În plus, HBM include

două alte tipuri de variabile care acționează în mod indirect asupra implementări unui comportament: incitările interne și externe la acțiune (percepere a simptomelor fizice, persoane apropiate care au dezvoltat boala, campanii de prevenire) și variabilele demografice (sex, vârstă, etnie...) și psihosociologice (personalitate, clasă socială, presiune a semenilor...). Într-o metaanaliză a cercetărilor care utilizează HBM, Harrison, Mullen și Green (1992) au demonstrat că cele patru elemente ale HBM sunt corelate în mod semnificativ, dar slab cu comportamentele legate de sănătate (vaccinare, regim alimentar, complianță terapeutică a administrării insulinei sau a luării unui tratament antihipertensiv...).

Un alt model sociocognitiv, Teoria socială cognitivă a lui Bandura (1977, 1986, 1997), nu a fost în mod specific dezvoltată pentru domeniul sănătății. Totuși, numeroase cercetări au folosit un concept-cheie al acestei teorii pentru a prezice adoptarea comportamentelor de sănătate. Recunoscând influența mediului social și al învățărilor realizate de indivizi asupra comportamentelor în general, Bandura își fundamentează teoria pe ipoteza potrivit căreia diferențele individuale în modul de îndeplinire a unei acțiuni sau de adoptare a unui comportament se explică în mare parte prin două așteptări: așteptările de rezultate și așteptările de eficacitate personală. Potrivit acestei teorii, o persoană adoptă un comportament dacă este de părere că acesta contribuie la atingerea unor rezultate scontate, dar, înainte de toate, dacă are suficient de multă încredere în capacitățile sale de a-l realiza efectiv. Clark și Dodge (1999) subliniază că studiile referitoare la eficacitatea personală în domeniul sănătății au arătat o asociere între credințele de eficacitate personală și comportamentele vizate, fără ca totuși să pună în evidență un mare grad explicativ al acestui concept în adoptarea comportamentelor de sănătate.

O altă teorie nonspecifică domeniului sănătății a permis studierea schimbărilor de comportament în cadrul bolii. Teoria acțiunii raționale (TRA, Fishbein și Ajzen, 1975) postulează că intenția de a adopta un comportament constituie primul determinant al implementării sale. Această intenție este, la rândul său, influențată de o serie de atitudini față de comportamentul vizat (de pildă, „pusul centurii nu-mi creează probleme") și de normele subiective pe care individul le întreține în raport cu comportamentul (adică presiunea socială percepută care ar incita sau nu la realizarea comportamentului de genul

„pusului centurii"). Mai târziu, în 1985, Ajzen dezvoltă un model extins al TRA, integrând conceptul de percepere a controlului comportamental. Teoria comportamentului planificat (TPB, Theory of Planned Behaviour, Ajzen, 1985, 2002) conceptualizează perceperea controlului comportamental ca ușurința sau dificultatea percepută de a realiza un comportament. În numeroase studii, perceperea controlului a fost adesea apropiată de eficacitatea personală percepută, devenind chiar un simptom. O metaanaliză a cercetărilor care utilizează TRA și TPB arată că aceste modele explică în medie între 40% și 50% din varianța intențiilor și între 19% și 38% din varianța comportamentelor efective (Sutton, 1998, 2004). Modelele sociocognitive sunt mai ales explicative pentru intențiile de schimbare, dar sunt departe de a putea determina motivele care le fac pe unele persoanele, iar pe altele nu, să-și transforme efectiv intențiile în acte (Fishbein *et al.*, 2003). Principalele critici care au fost formulate împotriva modelelor sociocognitive în promovarea sănătății includ o viziune prea stereotipată a educației transmise în principal de niște cadre cu cunoștințe academice, o presupusă egalitate a indivizilor în fața mesajelor de sănătate primite, o focalizare poate excesivă asupra cunoștințelor și credințelor personale.

II. Modelele de self-empowerment

Abordarea de tip self-empowerment are drept obiectiv dezvoltarea capacităților indivizilor de a face alegeri pentru propria lor sănătate. Într-un sens mai larg, empowerment desemnează capacitatea persoanelor de a înțelege și de a controla mai bine forțele personale, sociale, economice și politice care le determină calitatea vieții, în scopul unei acțiuni care vizează ameliorarea acesteia (Fischer și Tarquinio, 2006).

Dezvoltarea capacităților de a acționa (self-empowerment, SE) este folosită mai ales în educația pentru sănătate a tinerilor. De exemplu, presiunea socială a semenilor (colegii) a fost identificată ca unul dintre principalele obstacole la adoptarea unor practici apropriate de sănătate la cei tineri. Aici, tehnicile de self-empowerment îi încurajează pe tineri să ia decizii independente, dezvoltându-și resursele psihologice, pentru a rezista la presiunea grupului: una dintre tehnici se numește „Să știi să spui nu". Obiectivul este facilitarea luării de

decizii prin dezvoltarea unei mai bune imagini de sine, prin intermediul achiziției de competențe sociale care determină un sentiment de afirmare de sine întărit. În general, aceste tehnici de învățare, cu participare activă, se bazează pe ideea că, dezvoltându-și motivația, încrederea în sine și competențele, individul este mai capabil să-și identifice propriile trebuințe de sănătate și să acționeze pentru a le satisface. Modelul de tip empowerment este strâns legat de modelul educativ, dar recunoaște că individul care a făcut niște alegeri pentru o viață sănătoasă poate să se afle în imposibilitatea de a-și realiza alegerile, dacă se află într-un mediu nefavorabil, prea puțin sigur, privat de resurse. Astfel, self-empowerment-ul ar fi, inițial, mai determinat de contextul de viață al individului decât de intervențiile implementate pentru el și care ar sluji, prin urmare, mai ales la însoțirea și întărirea procesului (Fischer și Tarquinio, 2006). Potrivit autorilor menționați, această abordare a pedagogiei sănătății este deosebit de încurajatoare, pentru că, în ciuda dificultății circumscrierii conceptului, studiile duc la niște rezultate destul de convingătoare, care depășesc cadrul adesea prea clasic al măsurilor educative utilizate în materie de sănătate.

III. Acțiunea colectivă

Abordarea acțiunii colective recunoaște legătura dintre factorii de sănătate individuală și factorii socioeconomici. Aceasta nu se situează într-un cadru teoretic specific. Obiectul său este modificarea cauzelor socioeconomice și de mediu ale sănătății prin intermediul organizării colective a membrilor unei comunități (Morin și Apostolidis, 2002). Se bazează în principal pe posibilitățile de finanțare a unor intervenții colective și investirea politică a problemelor de sănătate. Acest domeniu foarte vast rămâne esențial în materie de sănătate, dar se îndepărtează de psihologia sănătății și nu-l vom dezvolta aici.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

C. Personalitatea și sănătatea

Literatura de specialitate referitoare la impactul personalității asupra sănătății și bolii este foarte abundentă și eterogenă (Bruchon-Schweitzer și Quintard, 2001, 2002). Astfel, diferiți autori au dorit să definească niște profiluri complexe de personalități care prezintă riscuri pentru anumite maladii, mai ales maladiile cardiovasculare și cancerele... (tip A, tip C). Dar la ora actuală, aceste profiluri sunt puse din plin sub semnul întrebării, iar studiile recente se ocupă mai mult de unele trăsături specifice ale personalității (afecte depresive, afecte anxioase, mânie, ostilitate) care ar putea să fie determinante în apariția și dezvoltarea anumitor boli. După acest avertisment, profilurile de personalitate de tip A și de tip C vor fi prezentate dintr-o grijă istorică, în așa fel încât cititorul să cunoască și aceste studii, dar cu toate rezervele actuale emise împotriva lor.

În anii '60, doi cardiologi americani au descris un profil de personalitate de tip A cu risc de maladie cardiovasculară. Acest profil se definea printr-un ansamblu de caracteristici: 1 / sentiment de lipsă de timp și de nerăbdare; 2 / dorință de reușită și de recunoaștere socială (cu o căutare a competitivității); 3 / sentiment general de mânie și de ostilitate. Diferite studii au fost realizate cu niște rezultate contradictorii în privința riscului de criză cardiacă la persoanele ce prezentau un profil de tip A. Astfel, Friedman și Rosenman (1974), Grossarth-Maticek și Eysenck (1990) observă o prevalență mai importantă de maladie coronariană la persoanele de tip A, în timp ce Shekelle și col. (1985) nu au permis regăsirea acestei relații. Mai recent, tipul A n-a mai fost considerat ca o structură stabilă de personalitate, ci mai degrabă ca un mod de interacțiune între o persoană și mediul său, acesta din urmă fiind perceput ca ostil și/sau competitiv. Contrada, Leventhal și O'Leary (1990) rezumă diferitele modele explicative ale legăturii dintre tipul A și riscurile coronariene; potrivit acestor autori, persoanele care prezintă acest profil ar avea tendința de a se expune la situații stresante și de a vrea cu orice preț să le controleze. Acest tip de profil global de personalitate este foarte puternic pus sub semnul întrebării și, la ora actuală, interesul studiilor se focalizează asupra trăsăturilor specifice ale personalității. Pentru a le înțelege mai bine, ele vor constitui obiectul a

trei părți separate: într-o primă etapă, vor fi tratate afectivitatea negativă și diferențele individuale în trăirea emoțiilor negative, precum mânia, tristețea, anxietatea, dar și legăturile lor cu sănătatea și boala; a doua parte se va ocupa de exprimarea emoțiilor și se va focaliza în principal pe manifestările expresive ale emoțiilor negative, și nu pe trăirea subiectivă a acestora; în sfârșit, a treia parte va fi consacrată factorilor de personalitate ce pot provoca un efect protector pentru sănătate.

I. Factorii de vulnerabilitate și sănătatea

a. Ostilitatea

Hipocrate propunea deja o corespondență între personalitățile impregnate de mânie (temperamentul sanguin) și diferite boli. Mai recent, studii referitoare la implicarea ostilității în MCV (maladiile cardiovasculare) s-au dezvoltat pe urma studiilor consacrate tipului A. O metaanaliză condusă de Miller, Smith, Turner, Guijarro și Hallet (1996) indică faptul că ostilitatea este în mod semnificativ asociată cu o creștere a riscului de maladii cardiovasculare. Explicațiile formulate de autori în privința acestor asociații subliniază procesele psihofiziologice în funcție de care ostilitatea provoacă mai multe răspunsuri ale sistemului neuroendocrinian, sistemului nervos autonom și sistemului cardiovascular în confruntarea cu stresorii psihosociali și cu încercările vieții. Potrivit lui Contrada și Guyll (2001), este evident că ostilitatea poate să crească riscurile de maladii coronariene, dar și de alte boli, direct prin intermediul răspunsurilor organismului și indirect prin intermediul comportamentelor nocive pentru sănătate, de pildă, „foarte furios fiind, fumez o țigară ca să mă calmez".

b. Anxietatea

Anxietatea-trăsătură poate fi definită ca o tendință relativ stabilă de a trăi sub tensiune, cu neliniște și aprehensiune. Persoanele care prezintă o anxietate-trăsătură au tendința de a percepe situațiile

averse ca fiind mai amenințătoare. Cea mai utilizată măsură a anxietății este STAI (Spielberger Trait Anxiety Scale, Spielberger, Gorsuch și Lushene, 1970, adaptare franceză de Bruchon-Schweitzer, 1993). Anxietatea este o dimensiune a nevrozismului, iar ea este studiată ca un factor care contribuie la numeroase somatizări, printre altele în astm, ulcere, artrită, durerile de cap. De pildă, persoanele care prezintă tulburări funcționale digestive raportează un ansamblu de simptome digestive pentru care nu este diagnosticată nici o disfuncție organică, dar, foarte adesea, prezintă o anxietate-trăsătură mai ridicată decât populația generală (Quintard, 2001).

c. Afectele depresive

Simptomele depresive includ tristețe, cogniții negative, anhedonie (absență a plăcerii) și acuze neurovegetative (transpirații, tremurături...). Spre deosebire de ipoteza populară, relația dintre un episod depresiv recent și apariția unui cancer este foarte slabă (McGee *et al.*, 1994). Într-o revistă a literaturii de specialitate, Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie, Tastet, Bourgeois (1998) ajung la aceeași concluzie: din 16 studii consacrate depresiei ca factor de risc de cancer, nouă studii, solide din punct de vedere metodologic, dau rezultate nesemnificative. Astfel, ipoteza potrivit căreia depresia sporește riscul de apariție a unui cancer nu este susținută de rezultatele empirice. Dar, atunci când maladia canceroasă este deja prezentă, depresia ar putea să fie un factor care să-i afecteze cursul dezvoltării? Din zece studii realizate pentru testarea rolului depresiei ca factor de prognostic (durată de supraviețuire), șapte studii nu observă nici o relație între depresie și evoluția defavorabilă a maladiei (Cousson-Gélie, 2001). La rândul său, Temoshok subliniază faptul că persoanele afectate de un cancer se caracterizează mai degrabă prin procese de interacțiune aparte decât printr-o structură de personalitate specifică. Cousson-Gélie (2001) concluzionează în mod rezonabil că, date fiind rezultatele ansamblului lucrărilor consultate, nu se poate afirma că există o personalitate care să-l caracterizeze pe pacientul canceros. În prezent, dezbaterea nu mai vizează rolul etiologic al afectelor depresive în anumite patologii somatice sau, invers, rolul maladiei cronice care provoacă tulburări depresive, ci mai degrabă cauza comună subiacentă atât afectelor depresive, cât și maladiilor somatice.

Din această perspectivă, este important să se diferențieze noțiunea de trăire a unor emoții negative de aceea a exprimării emoțiilor resimțite. Un nivel scăzut de exprimare a emoțiilor să fie oare dăunător pentru sănătate?

II. Exprimarea emoțiilor și sănătatea

a. Profilul de personalitate de tip C și exprimarea emoțiilor

Potrivit lui Temoshok (1990), un profil de personalitate de tip C se caracterizează mai ales prin suprimarea emoțiilor și resemnare/disperare. Subiectul care prezintă acest profil este descris ca fiind amabil, cooperant, respectuos, răbdător, evitând conflictele și neexprimând afecte negative (ostilitate). Mai mult decât un profil de personalitate stabilă, tipul C ar fi un mod de interacțiune cu un mediu stresant caracterizat prin conflict sau pierdere. La prima vedere, părând adaptat, acest profil de tip C ar permite evitarea conflictelor și aprecierea de către anturaj, dar eforturile realizate pentru menținerea contactului se pot dovedi costisitoare și obositoare pentru persoană. Temoshok (1990), dar și alți autori (Grossarth-Maticek și Eysenck, 1990; Greer *et al.*, 1990) asociază reacțiile de tip C cu riscul dezvoltării unui cancer. După diferite studii prezentate de Cousson-Gélie (2001), blocajul exprimării afectelor apare ca fiind asociat cu inițierea unui cancer, chiar și în studiile longitudinale. În schimb, în starea actuală a cunoștințelor, autorii nu concluzionează în privința existenței unei legături între această reprimare emoțională și evoluția cancerelor. Aceste cercetări sunt greu de duplicat, din pricina diverselor incertitudini care apar, incertitudini mai ales de ordin metodologic, dar și teoretic.

b. Exprimarea sau nonexprimarea emoțiilor în maladiile cronice

Într-o metaanaliză a literaturii asupra impactului exprimării sau nonexprimării emoțiilor în maladiile cronice, Panagopoulou, Ker-

sbergen și Maes (2002) arată că detresa psihologică se mărește o dată cu nonexprimarea emoțiilor; totuși, nici un efect benefic al exprimării emoțiilor nu a putut fi pus în evidență. În plus, rezultatele indică faptul că nonexprimarea emoțiilor este potențial implicată în atitudinile de resemnare sau de mai redusă ajustare în timpul maladiei. Pe scurt, exprimarea puternică a emoțiilor nu provoacă un efect pozitiv; dimpotrivă, nonexprimarea poate duce la un efect negativ. În acest tip de metaanaliză, principala dificultate în compararea studiilor se bazează chiar pe definiția exprimării sau nonexprimării emoționale, care uneori este tratată ca o caracteristică a personalității sau alteori ca o strategie de coping specifică unei situații. Studiile pe pacienții suferinzi de cancer consideră exprimarea sau nonexprimarea mai degrabă ca o trăsătură de personalitate, spre deosebire de studiile despre celelalte tipuri de patologii.

c. Alexitimia

Termenul de alexitimie a fost propus oficial de către Sifneos (1973) pentru a desemna funcționarea multor pacienți care suferă de afecțiuni organice cu o componentă psihosomatică puternică. Din punct de vedere etimologic, „alexitimia" trimite la absența de cuvinte pentru a exprima emoțiile. De fapt, alexitimia comportă mai multe aspecte complementare: 1 / incapacitatea cuiva de a-și recunoaște, de a-și identifica și de a-și exprima verbal propriile emoții; 2 / limitarea vieții imaginare, mai ales a aptitudinii spre reveria diurnă; 3 / tendința de a recurge la acțiune pentru a evita și a rezolva conflictele; 4 / și, în sfârșit, descrierea detaliată a faptelor, evenimentelor sau simptomelor fizice (Pedinielli, 1992). Dificultățile în recunoașterea propriilor emoții și în exprimarea lor verbală nu implică defel incapacitatea recunoașterii unor asemenea emoții atunci când acestea sunt exprimate de altcineva. Dificultatea se situează în diferențierea dintre senzațiile corporale și emoționale, în imposibilitatea de a resimți emoții în timpul unor situații în care este normal ca acestea să existe, în sfârșit, în inexistența vreunei legături între gândurile personale și emoții. Alexitimia poate fi măsurată fie cu ajutorul unor scale de apreciere completate de către specialist (heteroevaluare) Beth Israel Questionnaire, fie pornind de la o autochestionare (autoevaluare) Toronto Alexithymic Scale (TAS) de Taylor, Ryan și Bagby, 1985.

Numeroase studii comparative au regăsit scoruri de alexitimie mai ridicate la unii pacienți suferinzi de afecțiuni somatice, în comparație cu alți subiecți sănătoși, mai ales la anumiți pacienți cu dureri cronice, la pacienți în stări de „stres posttraumatic", la pacienți care prezintă conduite adictive sau tulburări de comportament alimentar. Este postulată existența a două forme de aliexitimie: o formă „primară" și o formă „secundară" de mecanism și de semnificație diferite. Alexitimia „primară" ar corespunde unei „trăsături" de personalitate, aceasta fiind ori determinată genetic, ori în raport cu relațiile afective precoce care au marcat dezvoltarea individului. Alexitimia „secundară" ar corespunde unei „stări" tranzitorii sau uneori prelungite, stil defensiv care se instalează în anumite circumstanțe specifice (Pedinielli, 1992) ca, de exemplu, atunci când experiența trăită depășește capacitățile obișnuite de adaptare (stare de stres posttraumatic) sau atunci când realitatea cotidiană este potențial o sursă de angoasă destructurantă (survenirea unei maladii extrem de dureroase ori handicapante ori care pune în pericol viața). Dacă alexitimia „primară" ar ține de o insuficiență sau de o fragilitate a sistemului de apărare psihică al individului, alexitimia „secundară" ar fi o dovadă a unei modalități de adaptare (sau coping), un soi de „rău mai mic" pentru a face față unei situații dificile: această concepție se apropie de represiunea emoțională (Luminet, 2002).

III. Factorii personali protectori și sănătatea

a. Sentimentul de eficacitate personală sau autoeficacitatea

Bandura (1977, 1997) definește sentimentul de eficacitate personală ca fiind credințele individului în propriile sale capacități de a organiza și de a executa acțiuni pentru a-și atinge obiectivele sau pentru a stăpâni anumite situații. El se înscrie în continuitatea lucrărilor lui Rotter (1966) referitoare la locus of control. Echipa de cercetare a lui Bandura raportează mai multe studii care arată că sentimentul de eficacitate personală are un impact favorabil asupra sănătății și calității vieții. De exemplu, la anumiți pacienți care au suferit o intervenție chirurgicală cardiacă, autoeficacitatea este asociată cu o calitate de viață mai pregnantă, la șase luni după intervenție (Schwarzer și Schro-

der, 1997). Totuși, Wallston (2001) sugerează că autoeficacitatea ar fi numai un predictor pentru persoanele care estimează că sănătatea lor este foarte importantă și care posedă un puternic sentiment de control al acesteia. Într-o revistă a literaturii de specialitate referitoare la strategiile preventive care vizează ameliorarea complianței comportamentelor de sănătate în domeniul maladiilor cardiovasculare, Burke, Dunbar-Jacob și Hill (1997) concluzionează că intervențiile bazate pe întărirea eficacității personale apar ca fiind cele mai robuste pentru comportamentele de sănătate, precum renunțarea la fumat, exercițiul fizic și regimurile alimentare. Deși studiile descriptive aplicate la rolul eficacității personale în schimbările de comportament au relativizat efectul acestei variabile, lucrările clinice arată că intervențiile care se bazează pe întărirea sentimentului de eficacitate personală în scopul facilitării schimbărilor de comportamente de sănătate sunt printre cele mai utile la ora actuală.

b. Optimismul

Optimismul este un mod de a gândi prin care persoana anticipează o rezolvare favorabilă a evenimentelor. Aceasta va putea avea tendința să minimizeze gravitatea situației și/sau să-și supraestimeze propriile resurse în confruntarea cu situația stresantă. Potrivit lui Scheier și Carver (1985), optimismul este asociat cu un ușor stres perceput, cu puțină anxietate, dar și cu puține afecte depresive, cu o stimă de sine puternică și cu o calitate de viață mai pregnantă. O scală de evaluare a optimismului este propusă de Scheier și Carver (Life Orientation Test, LOT, 1985); acești autori au demonstrat în numeroase studii efectul protector al optimismului în raport cu sănătatea. Potrivit lui Horowitz, Adler și Kegeles (1988), o fire optimistă poate să le împingă pe unele persoane la niște strategii mai eficiente în fața unor situații stresante și, în consecință, să le reducă riscurile de boală, dar și să le favorizeze o mai bună acceptare a bolii.

c. Sensul coerenței

Antonovsky (1979) a dezvoltat conceptul de sens al coerenței care regrupează un ansamblu de caracteristici comportamentale și

cognitive ce se stabilesc de-a lungul copilăriei până la vârsta tânărului adult. Sensul coerenței este descris ca aptitudinea de a percepe lumea și evenimentele ca fiind comprehensibile, controlabile și având un sens, o semnificație. Este exact opusul viziunii lui Machbeth care vede viața ca „o poveste spusă de un idiot, plină de sunete, de furie și care nu înseamnă nimic". Credința personală într-un control posibil al evenimentelor este un punct comun al diferitelor abordări prezentate mai înainte. Originalitatea sensului coerenței este că include nevoia de înțelegere a evenimentelor (natură, cauză) și căutarea de sens, pentru a permite un angajament personal, o mobilizare a resurselor pentru a face față. Recent, Surtees, Wainwright, Luben, Khaw și Day (2003) au realizat un studiu prospectiv pe șase ani referitor la legătura existentă între sensul coerenței și mortalitate (toate cauzele laolaltă) pe o populație de 20 579 de participanți cu vârste între 41 și 80 de ani. Ei demonstrează că un sens al coerenței puternic este asociat cu 30% reducere a mortalității, oricare ar fi boala, dar mai ales pentru maladiile cardiovasculare. În raport cu maladiile canceroase, există o reducere similară a mortalității la bărbați, dar nu și la femei. Din pricina marii dimensiuni a populației care poate provoca legături semnificative sistematice, aceste concluzii remarcabile vor determina, cu siguranță, discuții critice și vor induce viitoare cercetări.

d. Reziliența

Într-un mod foarte evident, cercetările s-au ocupat multă vreme doar de factorii de vulnerabilitate, apoi unele scrieri au asociat vulnerabilitatea și invulnerabilitatea, dar termenul de invulnerabilitate a devenit progresiv inadecvat și a apărut noțiunea de reziliență. Potrivit abordării psihosociale, printre alții a lui Rutter (1985), reziliența este capacitatea prezentă la persoanele plasate în contexte defavorabile de a reuși să iasă din acestea și de a duce până la urmă o viață satisfăcătoare. Aptitudinea de a face față unui eveniment de viață major sau unui eveniment defavorabil corespunde primei faze a rezilienței: persoana suferă un șoc sau supraviețuiește într-un context defavorabil și rezistă dezorganizării. Apoi, într-o a doua fază sau uneori separat, depășește situația printr-un proces de reconstrucție, de reparație, dacă nu chiar de creație mulțumită resurselor sale personale,

unui „resort invizibil" (Fischer, 1994, 2003), dar și transferului de resurse provenite de la un semen. Rezilienţa este un proces dinamic și evolutiv care variază în timp; ar fi asociată cu o mai bună rezistenţă fizică și psihică (Lighezzolo și De Tychey, 2004).

Bruchon-Schweitzer (2002) rezumă câteva caracteristici comune care par să aibă un impact benefic asupra sănătății: 1 / controlul perceput, generalizat sau specific, în fața unor situații sau evenimente de viață; 2 / coloratura optimistă a evaluărilor referitoare la evenimente, anticipări; 3 / faptul de a fi agreabil și călduros în relațiile cu ceilalți; 4 / coerența percepută (faptul că propria sa viață, cea a celuilalt, evenimentele au un sens, o semnificație pentru subiect și îl implică).

D. Evenimentele de viață majore, tracasările cotidiene și sănătatea

I. Evenimentele de viață majore

De multă vreme, credința populară asocia survenirea unor evenimente de viață majore cu riscul apariției unei boli. În 1967, Holmes și Rahe au propus o evaluare cantitativă a evenimentelor de viață majore. Ei au listat 43 de evenimente selecționate la 5000 de persoane, apoi au realizat o ponderare în funcție de dificultatea de adaptare pe care ar cere-o un eveniment dacă ar surveni. Astfel, autorii atribuiau 100 de puncte evenimentului evaluat ca fiind cel mai grav, decesul partenerului, și 50 de puncte unui eveniment cu un impact mediu, precum căsătoria. Evaluarea pe care au dezvoltat-o poartă numele de scala de reajustare socială (SRRS, Social Readjustement Rating Scale, Holmes și Rahe, 1967); este un instrument care a fost extrem de amplu utilizat, în ciuda criticilor care i-au fost adresate. Mai ales, un eveniment de viață nu are același impact la toate persoanele; de pildă, un divorț poate fi trăit într-un mod foarte diferit în funcție de protagoniști și contextul realizării sale. Dar, de asemenea, faptul că eve-

nimentele de viață sunt foarte adesea raportate retrospectiv, după ce a apărut boala, provoacă o distorsionare, starea actuală a pacienților contaminând rememorarea evenimentului. În scopul remedierii acestei probleme metodologice, au fost realizate câteva studii prospective. Potrivit unei metaanalize de Petticrew, Fraser și Regan (1999), legătura dintre evenimentele de viață și dezvoltarea unui cancer nu este semnificativă, chiar și atunci când stresorul este decesul partenerului. Cousson-Gélie (2001) concluzionează că, date fiind rezultatele ansamblului lucrărilor consultate, nu se poate afirma că anumite evenimente de viață (doliu, divorț) ar precipita dezvoltarea unei tumori la sân, dar, dimpotrivă, atunci când boala este deja prezentă, impactul evenimentelor de viață stresante ar avea un efect negativ asupra evoluției maladiei. În concluzie, evenimentele în sine nu au un efect direct asupra sănătății, ci ajustarea folosită în confruntarea cu evenimentele este cea care le-ar expune mai mult pe persoane. În aceeași ordine de idei, persoana deja bolnavă ar întâmpina mai multe greutăți în adaptarea la schimbările majore ce survin în viață în urma diagnosticului. La ora actuală, studiile se ocupă mai puțin de impactul evenimentelor de viață majore și mai mult de impactul stresorilor cotidieni asupra sănătății.

II. Tracasări cotidiene

Kanner, Coyne, Schaeffer și Lazarus (1981) definesc stresorii vieții cotidiene ca pe niște „evenimente sau probleme iritante, frustrante sau anxiogene care caracterizează tranzacțiile zilnice cu mediul". Echipa lui Lazarus pornește de la ipoteza că tracasările cotidiene evaluate în mod subiectiv de fiecare individ, sub presiunea mediului și în momentul prezent, ar trebui să fie mai buni predictori ai relației sănătate/boală decât evenimentele de viață majore evaluate *a posteriori*, adesea mult după eveniment. Cu această abordare, ei prezintă niște rezultate care pun în evidență o legătură între stresorii vieții cotidiene și problemele de sănătate fizică sau psihică superioară celei obținute cu evenimentele de viață majore (DeLongis *et al.*, 1982). Într-o validare franceză a unei scale a „stresorilor vieții cotidiene", Badoux-Levy și Robin (2002) raportează șase dimensiuni asociate tracasărilor cotidiene: 1 / preocupările referitoare la viața profesională;

2 / preocupările referitoare la mediu; 3 / preocupările referitoare la sfera familială; 4 / supraîncărcarea, hiperactivitatea; 5 / neliniștile referitoare la corp și funcționarea acestuia; 6 / gestionarea vieții cotidiene. Stresorii cotidieni citați de cele mai multe ori aparțin sferei profesionale. Astfel, la adulți, una dintre sursele de variație a stării de sănătate rezidă în faptul de a avea sau nu o slujbă; în plus, atunci când persoana are efectiv un serviciu, stresorii cotidieni care îi sunt asociați îi influențează și starea de sănătate. Karasek și Theorell (1990) prezintă un model în care sunt subliniate două caracteristici comune acestor stresori: exigențele sau presiunile sferei profesionale și insuficientul control — sau insuficienta latitudine de decizie — de care dispune angajatul. Latitudinea de decizie include atât oportunitatea de a-și exercita competențele, cât și pe aceea de a lua decizii. Potrivit lui Karasek, „tensiunea apare atunci când exigențele muncii sunt ridicate, iar latitudinea de luare de decizie este mică"; pentru o mai amplă dezvoltare referitoare la legăturile dintre muncă și sănătate, a se vedea Truchon și Fisher (2002).

Urmând axele de cercetare propuse de Lazarus, numeroase studii au confirmat că stresorii vieții cotidiene măresc, la persoana care se confruntă cu așa ceva, susceptibilitatea la boală, acționând mai ales asupra apărărilor imunitare. Biondi (2001) propune o revistă a literaturii de specialitate cu mai mult de 50 de studii privitoare la efectele stresorilor asupra funcțiilor imunitare. Pe scurt, schimbările imunologice, raportate ca răspuns la stresori psihologici acuți, se traduc printr-o augmentare a numărului de celule NK (Natural Killers) și a activității lor, o creștere a limfocitelor T (CD8+) și o reducere sau, în anumite cazuri, o creștere a limfocitelor T (CD4, auxiliare) și a limfocitelor B. Stresorii vieții cotidiene influențează funcționarea sistemului imunitar, dar legătura între stres și alterările fiziologice nu este ușor apreciabilă, căci de foarte multe ori este mediatizată prin intermediari comportamentali sau cognitivi (diminuare a igienei de viață, alterare a percepției primelor simptome într-un context stresant).

E. Susținerea socială și sănătatea

I. Diferitele abordări ale susținerii sociale

Numeroase observații sugerează efectele negative ale izolării asupra sănătății. De fapt, absența unor relații sociale și de comunicare provoacă o stare de stres care poate fi dăunătoare sănătății. Dimpotrivă, prezența susținerii sociale are un efect benefic asupra sănătății?

Susținerea socială este un concept pluridimensional. Pe de o parte, Cobb (1976) diferențiază patru dimensiuni: 1 / susținerea informativă include cunoștințe, sfaturi, recomandări, sugestii referitoare la diversele moduri de a face față situației; 2 / susținerea materială, organizațională aduce o soluție la o situație delicată (de pildă, supravegherea copiilor în timpul unei spitalizări, ajutor financiar, împrumutare a unui obiect); 3 / susținerea emoțională contribuie la un sentiment de securitate, de protecție în timpul momentelor grele, permite un schimb afectiv (de exemplu, în clipa diagnosticării unei maladii, a decesului unui apropiat, a unei concedieri); 4 / susținerea stimei de sine îngăduie liniștirea persoanei în privința competențelor și capacităților sale (de pildă, în perioadele de îndoială, de pierdere a stimei de sine). Aspectul benefic al susținerii depinde parțial de persoana care propune acest tip de susținere. Susținerea informațională a medicului va fi apreciată, dar și susținerea emoțională a partenerului și susținerea organizațională a vecinului.

Pe de altă parte, susținerea socială poate să fie surprinsă în funcție de mai multe abordări: 1 / ca o rețea socială ce desemnează ansamblul persoanelor care înconjoară subiectul (cuplu, familie, prieteni, vecini, grup de colegi la serviciu, grup care practică același hobby). Evaluările densității, structurii și mărimii rețelei sociale rămân descriptive și cantitative, persoana fiind mai mult sau mai puțin bine integrată într-o rețea socială. Mai recent, Sarason, Levine, Basha și Sarason (1983) concep susținerea socială ca pe o resursă de care poate beneficia persoana: susținere socială primită și percepută. Susținerea socială primită corespunde rețelei relaționale care se dezvoltă în raport cu o persoană (numărul de persoane care îl vizitează pe pacient, disponibile pentru pacient). Susținerea socială percepută este o evaluare subiectivă pe care o realizează persoana în legătură cu susținerea pe care o pri-

meşte, ea putând fi mai mult sau mai puţin satisfăcută de aceasta. Astfel, cea care joacă un rol în confruntarea cu evenimentele stresante nu este atât susţinerea reală de care dispune o persoană, ci percepţia pe care aceasta o are despre susţinere în situaţiile dificile.

La modul foarte general, lucrările subliniază efectele pozitive ale susţinerii sociale asupra sănătăţii: Tarquinio, Costantini şi Fischer (2002) ne rezumă aceste efecte care se pot dovedi fie directe, fie indirecte. Pe de o parte, susţinerea socială ca sursă de împlinire şi de dinamism are un efect direct atunci când, de exemplu, pacienţii adoptă un stil de viaţă sănătoasă care îi apără de boli sau urmează cu scrupulozitate recomandările medicului. Pe de altă parte, efectul susţinerii sociale asupra sănătăţii poate fi considerat ca indirect (efect-tampon), atunci când permite fie interpretarea mai puţin dramatică a unei situaţii, aceasta fiind percepută ca mai puţin stresantă, iar sentimentul de control fiind întărit mulţumită anturajului, fie desfăşurarea unor strategii de coping mai eficiente, căci persoana se consideră sprijinită. Aceste diferite aspecte pot să existe în combinaţie; atunci când apare boala, pacientul poate, datorită susţinerii medicului său, nu numai să-şi urmeze aşa cum se cuvine tratamentul, ci şi, datorită anturajului său familial, să-şi privească cu destulă seninătate maladia şi să-i facă faţă. În consecinţă, boala pune problema mobilizării anturajului în scopul susţinerii bolnavului; psihologia sănătăţii se ocupă mai precis de satisfacţia pe care pacientul o extrage din această susţinere socială, aceasta rămânând un factor important în lupta împotriva maladiei. Cerclé (2002) dezvoltă exemplul alcoolismului cu o abordare interacţionistă şi de dezvoltare.

II. Comunicarea socială a emoţiilor

Comunicarea socială a emoţiilor a fost studiată în mod aprofundat de către B. Rimé (2005); este un fenomen foarte general (universal, deşi pot fi aduse unele nuanţe culturale), astfel că aceia care au trăit un episod emoţional le vorbesc despre el persoanelor apropiate, în orele, zilele, săptămânile următoare, la modul mai mult sau mai puţin repetitiv. În general, comunicarea socială a emoţiilor se observă în 80-95% dintre episoadele emoţionale, oricare ar fi emoţia dominantă (chiar şi ruşinea) şi în toate culturile studiate. Se prelungeşte apoi cu

atât mai mult timp cu cât episodul implică o emoție intensă (Rimé *et al.*, 1998).

De ce ne împărtășim emoțiile? Faptul de a vorbi despre o emoție alină? Potrivit lui B. Rimé (2005), procesul de comunicare socială a emoțiilor poate aduce o contribuție prețioasă la stabilirea, la menținerea și întărirea legăturilor socioafective. Procesul de comunicare socială activat de experiențele emoționale constituie, prin urmare, un puternic instrument de integrare socială. Dar, deoarece comunicarea socială a emoțiilor se manifestă adesea sub formă repetitivă, iar repetările comunicării sunt cu atât mai abundente cu cât episodul împărtășit este mai intens în emoții, când o persoană traversează un episod încărcat din punct de vedere afectiv, apropiații săi pot fi puși la grea încercare. O asemenea situație provoacă adesea eroziunea interesului acestora și duce la refuzul de a asculta. Astfel, anumite rezistențe se manifestă în anturaj atunci când pacientul încearcă să vorbească despre suferințele sale; anturajul ajunge să evite sau să limiteze schimburile verbale pe tema acestor suferințe. Atunci când bolnavul are în mod aparte nevoie de o întărire a legăturilor sale socioafective și de o mai bună integrare socială, paradoxal poate să prevaleze, așadar, tocmai inversul. Pacientul se lovește frecvent de refuzul de a fi ascultat. Totuși, experiențele vieții ne arată și că, atunci când un apropiat este afectat, el este înconjurat de ai săi, că rândurile se strâng. Există, prin urmare, o contradicție între observațiile comune (unde se vede cum anturajul se strânge în jurul pacientului) și rezultatele empirice care arată contrariul. Totuși, această contradicție se estompează dacă diferențiem persoanele de care suntem legați prin atașament. În specia umană, atunci când există o legătură de atașament, nu este nevoie de demonstrații pentru a ne convinge de robustețea acesteia și de rezistența sa la proba afectelor negative și a bolii. În schimb, atunci când aceste legături de atașament nu sunt țesute ori sunt țesute prost, pacientul riscă să se lovească de refuzul de a fi ascultat și se ajunge astfel să o ia insidios pe calea excluderii sociale.

Cui vorbim despre emoțiile noastre? În comunicarea socială a emoțiilor, rolul cercului familial și al cercului relațional electiv este primordial. Într-o metaanaliză asupra situațiilor de încredere, Collins și Miller (1994) arată că o situație de comunicare socială are efecte durabile care vor marca relația. Această revistă stabilește foarte clar că, cu cât o persoană se lasă în voia confidențelor intime, cu atât mai mult persoana care l-a ascultat îi exprimă mai apoi afecțiune. Iar efectul în cealal-

tă direcție este la fel de bine stabilit: cei care se dezvăluie intim pe ei înșiși dezvoltă afecțiune pentru aceia care îi ascultă (Rimé, 2005). În mare, procesul de comunicare socială a emoțiilor are o contribuție prețioasă la stabilirea, la menținerea și la întărirea legăturilor socioafective. Procesul de comunicare socială activat de experiențele emoționale constituie, prin urmare, un puternic instrument de integrare socială. Pentru Rimé, să vorbești despre propriile emoții înseamnă să faci mult mai mult decât să vorbești despre emoțiile tale. Beneficiile potențiale ale împărtășirii emoțiilor sunt, din punct de vedere individual: 1 / întărirea atașamentului, a legăturilor interpersonale; 2 / recunoașterea și validarea sociale a experienței trăite (aici, boala și tratamentul); 3 / reconstituirea universului său simbolic, restaurarea sensului propriei sale vieți; 4 / asigurarea integrării sociale; și, din punct de vedere al grupului: 1 / extinderea cunoștințelor sociale asupra emoțiilor; 2 / reactualizarea consensului social; 3 / întărirea coeziunii sociale; 4 / alimentarea memoriei colective.

F. Modelele stres-coping și sănătatea

Cele mai multe dintre teoriile referitoare la ajustarea la maladia cronică decurg din lucrările conceptuale mai generale despre ajustarea la situațiile stresante și traumatizante. Una dintre cele mai recunoscute dintre aceste teorii generale este cea propusă de Lazarus și Folkman (1984). Vom face referire și la teoriile lui Moos și Schaefer (1993) și Maes, Leventhal și De Ridder (1996).

I. Teoria cognitivă a stresului a lui Lazarus și Folkman

Multă vreme, stresul a fost considerat ca o simplă reacție nespecifică a organismului la orice agresiune. În această perspectivă, Selye și-a dezvoltat teoria sindromului general de adaptare. Dar numeroase studii au subliniat că evaluarea personală făcută situației stresante are mai mult impact asupra organismului decât faptele în sine.

Astăzi, conceptul de stres este foarte îndepărtat de originalele propuneri ale lui Seyle. Astfel, Lazarus și Folkman (1984) sunt autorii de referință cu teoria lor cognitivă a stresului și a copingului. Pentru aceștia, stresul este considerat ca „o tranzacție specifică între persoană și mediu, care e evaluată de către persoană ca depășindu-i resursele și putând să-i pună în pericol starea de bine". Această definiție se diferențiază de alte abordări teoretice în care stresul este definit fie ca un stimul (de pildă: un examen, o operație chirurgicală), fie ca producerea unui conflict intrapsihic centrat pe nevoile persoanei sau ca un răspuns fiziologic ori un răspuns de detresă emoțională. În definiția oferită de Lazarus, stresul este descris ca un proces care include stimuli/stresori și răspunsurile provocate, dar și relația dintre persoană și mediu. Această relație dinamică este într-o continuă schimbare și bidirecțională între persoană și mediu, fiecare acționând asupra celuilalt. Această relație este modulată de două grupe de procese: procesele de evaluare cognitivă și procesele de coping.

a. Procesele de evaluare cognitivă

Semnificația evenimentului stresant este determinată de procesele de evaluare cognitivă. Potrivit lui Lazarus și col. (1984), există două forme majore de evaluare: cea prin intermediul căreia persoana evaluează impactul evenimentului stresant pentru respectarea stării sale de bine (stres perceput, Cohen, Kamarch și Mermelstein, 1983) și cea prin intermediul căreia persoana își evaluează capacitățile pentru a face față situației și controlul pe care îl deține asupra acesteia (control perceput). Același eveniment este evaluat diferit de la persoană la persoană: poate să fie lipsit de interes, pur și simplu benign sau de-a dreptul stresant. Atunci când este evaluat ca stresant, poate să fie vorba despre o pierdere, o amenințare sau o sfidare. Evaluările de pierdere sau de amenințare cauzează emoții negative: anxietate, mânie, frică... Evaluările de sfidare sau de provocare dau naștere unor emoții pozitive: înflăcărare, bucurie, exaltare... Alături de acest prim proces de evaluare, un al doilea se instalează ca răspuns la întrebarea: Pot să fac față acestei situații și cum? Astfel, felul în care persoana își apreciază resursele pentru a face față situației și capacitățile de a reduce amenințarea sau pierderile pricinuite de eveniment, estimarea controlului situației fac parte integrantă din această a doua evaluare.

Aceasta se referă la fel de bine la judecăți și credințe personale, cât și la posibilitățile reale de control asupra tranzacției specifice.

b. Procesul de a-face-față (coping), strategii de adaptare

Conceptul de coping se referă la modul în care persoana se ajustează la situațiile stresante și la implementarea unui răspuns pentru a-i face față. Strategiile de ajustare sau de coping desemnează ansamblul proceselor pe care o persoană le interpune între ea și situația percepută ca fiind stresantă, în scopul stăpânirii, tolerării sau diminuării impactului acesteia asupra stării sale de bine fizice și psihologice (Lazarus și col., 1984). Literalmente, termenul „coping" ar trebui să fie tradus prin expresia „a face față". Totuși, unii autori au propus alte traduceri, precum strategie de ajustare sau strategie de adaptare pentru a vorbi despre o strategie de coping folosită de o persoană în confruntarea cu un eveniment stresant. Deși aceste ultime două expresii nu sunt întrutotul satisfăcătoare, ele se regăsesc folosite nenuanțat în literatura franceză de specialitate[1], în același timp cu termenii de coping sau de strategii de coping.

Tranzacția stresantă este complexă și, deși este descrisă potrivit unei secvențe liniare, este o succesiune de evaluări și de reevaluări de-a lungul timpului. Dacă o strategie de coping folosită se dovedește mai puțin performantă decât s-a prevăzut, este posibil ca individul să reevalueze amenințarea sau să se întrebe în privința unui răspuns de coping mai apropriat. Astfel, nici o strategie de coping nu ar fi eficientă în sine, independent de caracteristicile persoanei și ale problemei ce trebuie să fie rezolvată.

În scopul studierii procesului de coping, mai mulți autori au dezvoltat instrumente de măsurare (cf. Parker și Endler, 1992, pentru o revistă a literaturii de specialitate referitoare la acest subiect). Una dintre cea mai folosite scale de coping este instrumentul numit Ways of Coping Checklist (WCC, Folkman și Lazarus, 1980, revizuit în 1985). Acest instrument se bazează pe o diferențiere între două tipuri de generații de coping: copingul centrat pe problemă, care are ca scop

1 Acestea lasă să se înțeleagă că o strategie de coping trebuie în mod necesar să ducă la un succes, ceea ce se opune definiției coping-ului. Schwarzer (1996) amintește că „acest coping nu are nevoie să fie o acțiune complementară încununată de succes, ci că trebuie să se facă un efort".

rezolvarea problemei sau alterarea sursei de stres, și copingul centrat pe emoție, al cărui scop este să reducă ori să genereze detresa emoțională asociată situației. Aceste două tipuri de strategii de coping au fost identificate de numeroși autori. Totuși, dacă această diferențiere între cele două tipuri de coping este recunoscută, pare prea restrictivă. Astfel, anumite răspunsuri de coping centrat pe emoție ar implica negarea, altele, reinterpretarea pozitivă, iar ultimele ar corespunde căutării de susținere socială emoțională. La fel se întâmplă pentru copingul centrat pe problemă. Perceput la prima vedere ca un proces unic, acesta din urmă ar putea să implice numeroase activități distincte, precum planificarea, acțiunea imediată sau directă, căutarea de asistență și uneori chiar necesitatea de a aștepta înainte de a acționa. Pentru studierea acestor activități, este necesar să poată fi măsurate separat. Fundamentându-se pe bazele teoretice ale modelului stresului cognitiv al lui Lazarus (1984), dar și pe modelul său de autoreglare a comportamentului (Carver și Scheier, 1998) și după mai mulți ani de studii empirice asupra un prim inventar, Carver creează un inventar scurt de evaluare a strategiilor de coping: Brief COPE (1997), această versiune scurtă a fost validată în franceză (Brief Cope, Muller și Spitz, 2003). Pentru a-i permite cititorului să surprindă un amplu evantai de strategii de coping, ne propunem să prezentăm într-un context de ajustare la boală cele 14 strategii de coping repertoriate de Carver. 1 / Copingul activ este procesul prin care individul încearcă să suprime situația stresantă sau să-i minimizeze efectele (de exemplu: pacientul face în așa fel încât, dacă un tratament terapeutic este necesar, să fie totuși cel mai puțin dureros cu putință). Ceea ce este numit coping activ la Carver și col. (1989) este foarte aproape de termenul de coping centrat pe problemă al lui Lazarus și col. (1984). 2 / Planificarea este faptul de a reflecta la organizarea unui plan, la etapele ce trebuie urmate și la o mai bună manieră de abordare a problemei (de pildă: pacientul își planifică timpul cu momentele de activitate, momentele pentru tratamente și momentele de odihnă). 3 / Căutarea susținerii sociale din motive instrumentale corespunde căutării de sfaturi, de asistență sau de informații (de exemplu: pacientul caută informații despre boală și despre tratamentul preconizat). 4 / Căutarea susținerii sociale din motive emoționale se raportează la căutarea de susținere morală, de simpatie sau de înțelegere. Este o strategie centrată pe emoție. Aceste două tipuri de susținere socială au fost diferențiate, căci sunt distincte din punct de vedere conceptual; în practică totuși acționează adesea

împreună. 5 / Exprimarea sentimentelor, atunci când persoana are tendința de a se centra pe detresa ei emoțională și de a-și exprima sentimentele: această strategie poate uneori să fie adaptată; de pildă, dacă persoana o folosește în momentul anunțării diagnosticului, pentru a-și exprima temerile în legătură cu perspectivele sale de viitor. Totuși, faptul centrării pe propriile sentimente, pe propriile emoții (și mai ales pe o lungă perioadă) poate să împiedice ajustarea, îndepărtând persoana de un efort de coping activ și de o depășire a detresei. 6 / Dezangajarea comportamentală care corespunde reducerii eforturilor pacientului pentru a face față maladiei, abandonului oricărei tentative de împlinire a scopurilor de viață asupra cărora interferează maladia și tratamentul. 7 / Distragerea care se bazează pe crearea unor activități diverse ce vizează distragerea persoanei de la gândurile legate de boală. 8 / Blamul sau reproșurile pe care și le poate face o persoană în legătură cu propria-i boală sunt adesea asociate unui sentiment de culpabilitate și unei ajustări mai reduse. 9 / Reinterpretarea pozitivă are ca scop mai degrabă controlarea detresei emoționale (coping centrat pe emoție) decât combaterea stresorului. Reinterpretarea unei situații neplăcute, de tratament de exemplu, în termeni pozitivi ar trebui în mod intrinsec să-i permită persoanei să-și continue lupta împotriva bolii. 10 / Umorul poate fi un mod de a nu lua în serios situația, de a se distra pe seama ei, ca o îndepărtare a maladiei. 11 / Negarea este privită ca un refuz de a crede că stresorul există, ca o tentativă de a acționa gândind, de pildă, că boala nu este reală. 12 / Acceptarea: este un răspuns de coping funcțional, în sensul în care o persoană care acceptă realitatea situației este mai capabilă să se implice în lupta împotriva bolii. 13 / Religia ca un răspuns de coping. Un studiu al lui McCrae și Costa (1986) sugerează că o asemenea tactică de coping apare la un anumit număr de persoane. Dorind să încorporeze această strategie, cel care a creat Brief COPE s-a confruntat cu problema de definire a acestei dimensiuni din cauza multor motive care pot să-l ducă pe un individ să se întoarcă spre religie (religia poate avea un rol de susținere emoțională, de motor al unei reinterpretări pozitive...). 14 / Consumul de substanță (alcool, tutun, psihotrope) care permite prin evitare reducerea angoaselor legate de o situație stresantă: anunțarea diagnosticului, frica de durere...

Practicianul sau cercetătorul care dorește să măsoare copingul este obligatoriu confruntat cu o alegere între abordarea interindividuală și abordarea intraindividuală. De cele mai multe ori, această

alegere este legată de obiectivele cercetării. Prima abordare, interindividuală sau dispozițională, se referă la rolul diferențelor individuale în coping. Aceasta preconizează existența unor „stiluri" constante de coping. Potrivit acestui punct de vedere, indivizii nu ar aborda într-un fel nou situațiile stresante, ci ar prefera să instituie stiluri de coping relativ stabile în timp și după circumstanțe. A doua abordare, intraindividuală sau situațională, studiază evoluția strategiilor de coping utilizate de către individ în funcție de situațiile stresante specifice. Această a doua abordare se potrivește cu definiția tranzacțională a stresului de Folkman și col. (1985). Într-adevăr, ea ia în calcul variabilitatea copingului la același individ și îl caracterizează ca un proces. Dezbaterea dintre aceste diferite abordări este mereu de actualitate și se pare că astăzi ne îndreptăm spre o concepție stare/trăsătură a copingului (Schwarzer și Schwarzer, 1996; Cousson și col., 1996; Spitz, 1999). Copingul-trăsătură ar corespunde atunci stilului de coping stabil instituit de către un individ în confruntarea cu stresul vieții de zi cu zi, în confruntarea cu tracasările cotidiene. În cadrul prevenirii, studiul său ar permite identificarea răspunsurilor de coping obișnuite, funcționale sau disfuncționale, și posibilele lor impacturi asupra sănătății pe termen lung. Cât despre copingul-stare, acesta s-ar referi la strategiile de coping pe care o persoană le folosește atunci când se confruntă cu situații aparte, ca maladia, pierderea unei ființe iubite, catastrofele etc. În așa fel încât, atunci când apare boala, studiul copingului-stare ar permite o mai bună înțelegere a gestiunii personale a situației și instituirea unor intervenții, în scopul favorizării unui răspuns funcțional[2] la situație.

II. Modelul extins al stresului și copingului după Moss și Schaefer

Moss și Schaefer (1993) introduc diferite grupe de factori care modulează tranzacția între persoană și mediul ei și care completează noțiunile fundamentale ale teoriei lui Lazarus și Folkman. În consecință, evaluările cognitive ale situației, dar și eforturile de coping sunt mo-

[2] Un răspuns este numit funcțional atunci când permite ajustarea persoanei la situației și prezervă o anumită calitate a vieții.

dulate de resursele și obstacolele induse de caracteristicile contextului (evenimente de viață, susținere socială, presiune normativă...). Mai mult, procesele de tranzacție sunt modulate și de resursele și faliile provenite de la persoană, caracteristici biologice (sex, vârstă, patrimoniu genetic) și fiziologice (constituție fizică), dar și de anumiți factori legați de stilul de viață și de profilurile de personalitate.

Două modele afectează tranzacția dintre mediu și persoană: evaluările și copingul.

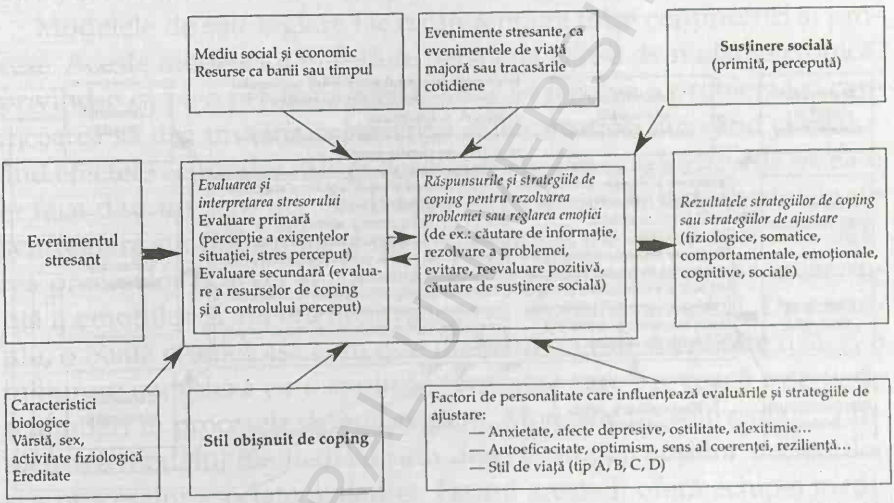


FIG. 2 — Un model stres-coping

III. Modele de ajustare la maladia cronică de Maes, Leventhal și De Ridder

Păstrând conceptele de bază ale modelului lui Lazarus și Folkman (1984) și bazându-se pe numeroase studii empirice, Maes, Leventhal și De Ridder (1996) au propus un model mai extins insistând pe sinergia factorilor contextuali, a caracteristicilor maladiei și a tratamentului și caracteristicilor personale în determinarea strategiilor de ajustare în fața bolii cronice. Mai mult, potrivit modelului lor, alte evenimente primordiale de viață, independente de maladia însăși, pot să influențeze modul de a reacționa în confruntarea cu aceasta. De exemplu, un pacient care se vede atins de o insuficiență renală va

primi diagnosticul cu siguranţă într-un mod diferit dacă i se dă tocmai după ce şi-a pierdut serviciul. Pe de altă parte, caracteristicile bolii şi tratamentului terapeutic vor avea un impact major asupra proceselor de evaluare şi de ajustare; printre altele, tipul de boală (hipertensiune arterială, diabet, cancer...), simptomele specifice asociate, durata bolii, cauzele (genetică, infecţioasă...), consecinţele (dureroase, fatale...) şi tratamentele asociate (examene medicale, chirurgie, chimioterapie).

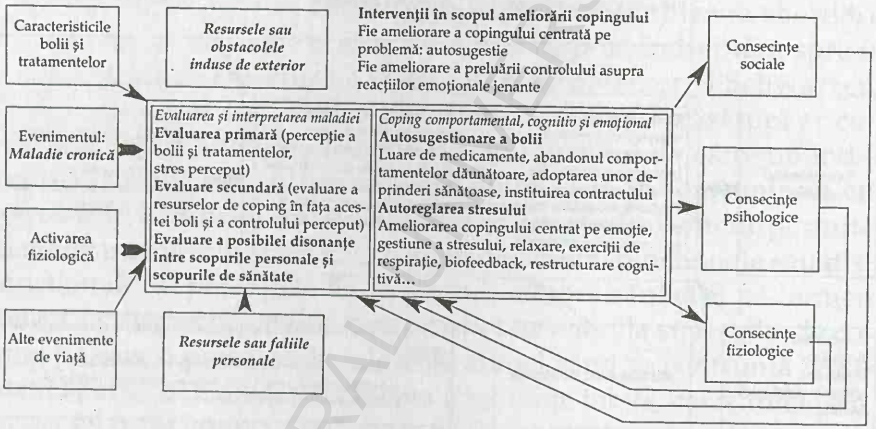


FIG. 3 — Un model al strategiilor de ajustare la o maladie cronică

Evaluarea unui eveniment este nu numai determinat de caracteristicile evenimentului, ci şi de scopurile personale de viaţă. Numeroase scopuri personale nu sunt în mod necesar în acord cu scopurile referitoare la sănătate. De exemplu, un pacient diabetic întâmpină greutăţi în respectarea regimului, căci, pentru el, este mai important să-i facă plăcere gazdei sale, chiar şi cu riscul unei hiperglicemii. Cu cât există mai multe scopuri de viaţă personale ameninţate de maladie şi de complianţa tratamentului, cu atât mai mult riscă să apară o disonanţă, provocând o detresă emoţională şi tentative infructuoase de ajustare (Maes şi Gebhardt, 2000). Figura 3 reia diferitele cunoştinţe şi se bazează pe modelul de coping în faţa bolii cronice propus de Maes, Leventhal şi De Ridder (1996), Spitz (2002).

G. Modelele de self-reglare sau autoreglare și sănătatea

De cincisprezece ani încoace, studiile din psihologia sănătății se ocupă din ce în ce mai mult de procesele instituite atunci când apare boala. Problematica generală fiind „ce procese sunt asociate unei mai bune ajustări la boală, unei mai bune respectări a tratamentului medical, unei mai evidente calități de viață a pacientului".

Modelele de self-reglare fac o diferențiere între conținuturi și procese. Aceste modele au în vedere persoana atinsă de maladia cronică, privind-o ca pe o persoană care trebuie să rezolve o problemă și care încearcă să dea un sens experienței sale somatice, activând și evaluând efectele acțiunilor sale și descriind felul în care eforturile pe care le face dau un sens acestei întâmplări a bolii. Astfel, modelele de self-reglare sunt dinamice și orientate încă și mai mult spre înțelegerea proceselor (Carver și col., 1998), cer o comprehensiune amănunțită a emoțiilor și experiențelor afective asociate maladiei. De exemplu, o boală cronică așa cum este diabetul nu este o entitate fixă, ci o tulburare complexă cu o evoluție constantă care provoacă o serie de schimbări în procesele de autoreglare. Modelele de self-reglare completează modelul biomedical prin descrierea percepțiilor pacienților și a proceselor asociate maladiei. Faptul acesta îi oferă echipei medicale un ansamblu de concepte, pentru a înțelege experiența pacientului și comportamentele care îi sunt asociate, prin intermediul perspectivei pacientului, și nu prin perspectiva echipei medicale.

I. Reprezentări ale bolii, modelul sensului comun al lui Leventhal

Conform modelelor de self-reglare, modelul propus de Leventhal, Zimmerman și Gutmann (1984) comportă patru procese: 1 / reprezentările cognitive legate de maladie, 2 / răspunsurile emoționale legate de maladie și de tratament, 3 / strategiile de coping care decurg din reprezentări și 4 / evaluarea efectuată de persoană în ceea ce privește rezultatul strategiilor sale de coping. În realitate, unele persoane

care suferă de aceeași boală cronică văd cum apare un anumit număr de probleme de sănătate, dar aceste probleme pot să varieze mult în funcție de fiecare. Încercând să-și înțeleagă simptomele și maladia, pacienții își creează anumite reprezentări cognitive sau „percepții ale bolii" care le sunt proprii. Prin aceste percepții, pacienții dau sens simptomelor, coerență maladiei lor și, în funcție de toate aceste elemente, își determină acțiunile (Weinman și Figueiras, 2002).

Reprezentarea maladiei este construită individual pornind de la trei surse de informații de bază (Leventhal și col., 1984). Prima sursă de autoinformație este fondul comun de informații profane asimilate de persoana în cauză înainte de boală, prin intermediul comunicărilor sociale anterioare și a cunoștințelor despre boală legate de apartenența sa culturală. A doua sursă de informație provine din resurse percepute ca autoritare în domeniu, precum medicii sau rudele. În sfârșit, a treia sursă de informație vine din propria-i experiență ca bolnav, din felul în care-și trăiește tulburările somatice și simptomele, dar și din căutarea în memorie a unor indicații abstracte care să lege aceste simptome de posibile diagnostice. În sfârșit, percepția și interpretarea diferitelor surse de informație duc la construirea reprezentării bolii prin intermediul proceselor simetrice (Leventhal *et al.*, 2003).

Bolnavul își construiește o reprezentare a maladiei sale care se ordonează după diferite dimensiuni: 1 / identitatea amenințării corespunde numelui sau etichetei date de către pacient (de exemplu: astmul) și cunoașterii simptomelor asociate (tuse, respirație șuierătoare); 2 / evoluția în timp sau durata reprezintă credința pacientului în ceea ce privește durata probabilă a maladiei (criză acută, stare cronică sau episodică); 3 / cauzele care corespund credințelor pe care le are persoana în privința factorilor răspunzători pentru boală; cu alte cuvinte, care sunt ideile personale ale pacientului referitoare la etiologia bolii sale. Au fost identificate diferite tipuri de cauze: cauzele biologice, precum germenii și virusurile, sau de mediu, ca poluarea; cauzele emoționale, ca stresul și depresia; cauzele psihologice, ca personalitatea, surmenajul (Moss-Morris *et al.*, 2002); 4 / consecințele (reale sau imaginare) ale maladiei în viața unui individ trimit la credințele acestuia referitoare la severitatea bolii și impactul ei asupra calității vieții sau a capacităților sale funcționale (funcționare fizică, socială și psihologică); 5 / vindecarea / controlul estimează credința pacientului în posibilitatea de a realiza comportamentele de ajustare, care să-l facă să progreseze pe calea „vindecării" ori să controleze boala mul-

țumită eficacității tratamentului; 6 / emoțiile legate de trăirea maladiei. Astfel, reprezentarea maladiei nu cuprinde numai dimensiunile cognitive subliniate mai înainte, ci și reprezentările emoționale (Moss-Morris și col., 2002). Aceste reprezentări depind de trăirea pacientului și pot să se schimbe o dată cu progresia maladiei, simptomele care apar și răspunsul la tratament. Într-o metaanaliză a 45 de studii care adoptă modelul sensului comun al reprezentărilor maladiei în chip de cadru teoretic, Haager și Orbell (2003) observă că credințele referitoare la consecințele maladiei, durata și evoluția ei în timp sunt semnificativ legate de vitalitatea, starea de bine psihologică și funcționarea socială a pacientului. În general, orice comportament, orice cogniție, orice emoție pe care le prezintă o persoană trebuie să poată să fie restituite în contextul vieții acesteia, al scopurilor pe care dorește să le atingă în cadrul sau în afara bolii.

Interesul față de noțiunea de scopuri personale de viață este revalorizat la ora actuală de emergența unor noi modele referitoare la comprehensiunea comportamentelor de sănătate care integrează acest concept deja cunoscut (Carver și Scheier, 1999; Maes și Gebhardt, 2000). Numeroși autori (vezi pentru o trecere în revistă a literaturii de specialitate: Austin și Vancouver, 1996) introduc ideea potrivit căreia scopurile furnizează energia necesară activităților și le conduc, dând astfel un sens vieții. Potrivit lui Ford (1992), motivațiile rezultă la modul combinat din scopurile de viață, emoțiile și credințele personale referitoare atât la propriile capacități, cât și la resursele contextului. În această abordare euristică, împlinirea unei persoane este un proces fundamentat pe motivațiile, capacitățile personale fizice și psihologice și posibilitățile mediului, care facilitează realizarea scopurilor.

II. Scopuri de viață, scopuri de sănătate

Scopurile personale de viață desemnează, prin intermediul reprezentărilor cognitive care le sunt asociate, o mare varietate de obiective dorite (sau ce trebuie evitate). Mai multe modele tradiționale asupra comportamentelor de sănătate se focalizează pe conținutul unui scop specific de sănătate. Chiar dacă persoana adoptă acest obiectiv specific, el nu poate să existe în mod izolat, ci aparține unei structuri mai complexe de scopuri de viață, de speranțe de viață, caracterizate

prin niveluri variate. La nivelul cel mai înalt, scopurile reprezintă o filosofie de viață personală în cadrul unei optimizări a conceptului de sine. Acest nivel include scopurile referitoare la starea de bine (de exemplu: trăirea din plin a vieții), sănătate (de pildă: o sănătate înfloritoare), dezvoltarea personală (de exemplu: împlinirea unui talent personal) și scopurile sociale (de pildă: transformarea într-un bun partener). Aceste scopuri de nivel înalt sunt în mod necesar urmate prin intermediul unor scopuri de nivel mai mic, care include scopuri comportamentale (de exemplu: mersul la consultație în cadrul medicinei preventive, practicarea unui instrument muzical sau a sportului favorit, reușirea unor examene de promovare internă...). Scopul de nivel mai mic funcționează ca un obiectiv care facilitează apropierea de scopurile de viață de nivel mai înalt (reducerea consumului de alcool este un exemplu de scop, referitor la comportamentele de sănătate, ce facilitează diferite scopuri de nivel înalt: sănătatea, echilibrul familial...). Organizarea ierarhică a scopurilor implică faptul că realizarea scopului specific de nivel mai mic este mai puțin probabilă dacă acest scop este în conflict cu scopul de nivel înalt (de pildă: reducerea consumului de alcool poate intra în conflict cu un scop de nivel mai înalt de integrare socială, de apartenență la un grup). Astfel, evoluția spre anumite comportamente de sănătate poate crea importante conflicte cu alte scopuri. Pierderea în greutate, reducerea consumului de alcool, renunțarea la fumat sunt toate niște exemple de scopuri referitoare la comportamentele de sănătate care slujesc, incontestabil, scopurile de sănătate, dar care, dimpotrivă, pot să se afle în conflict cu scopurile de confort subiectiv. Conflicte se produc din lipsă de energie sau de timp: apariția unui comportament poate limita realizarea altor comportamente din cauza energiei reduse de care dispune persoana (de exemplu: pe o perioadă dată, renunțarea la fumat poate interfera cu învățatul pentru un examen). Totuși, nu este posibil să se fixeze un scop unic, să se facă abstracție de conținutul celorlalte scopuri și de raporturile care există între acestea: un echilibru între diferitele scopuri este de dorit. Ford (1992) vorbește și despre orientarea scopurilor, diferențiind scopurile de apropiere, care provoacă o mișcare spre obiectul dorit, și scopurile de evitare, caracterizate printr-o mișcare de îndepărtare de obiectivul nedorit. Această diferențiere este importantă pentru comportamentele de sănătate, căci unele dintre ele au un efect protector pentru sănătate și pot să fie definite ca scopuri de apropiere (de exemplu: relaxarea, mâncarea să-

nătoasă, băutul regulat de apă...), în timp ce alte comportamente sunt potențial dăunătoare pentru sănătate și pot să fie reținute ca scopuri de evitare (evitarea fumatului, evitarea rontăitului între mese, evitarea unui consum excesiv de alcool...).

III. Procesele de reglare a scopurilor

Procesele de reglare subiacente comportamentelor sunt rareori explicite. Carver și Scheier (1999) propun o modelizare interesantă prin intermediul proceselor de autoreglare. Autoreglarea este definită ca ansamblul proceselor voluntare menite să atingă scopurile personale de viață. Principiul fundamental al modelelor de autoreglare se bazează pe faptul că motivația de schimbare a comportamentului apare atunci când persoana dorește să reducă divergența percepută între starea sa reală și o stare dorită. Există legături importante între scopurile de viață a persoanelor și acțiunile lor, dar cum se explică aceste legături? O parte a răspunsului apare atunci când scopurile sunt utilizate ca referenți în procesele de feedback. Autoreglarea „reușită" este un proces continuu de identificare de scopuri, de urmărire a acestora, de realizare a lor și de identificare a altor scopuri. Atunci când persoana trece printr-o perioadă dificilă, o etapă suplimentară este necesară, care să implice evaluarea șanselor de reușită; astfel, o încredere suficientă permite continuarea urmăririi scopului. În schimb, dacă încrederea este redusă, persoana poate să aibă în vedere un scop alternativ. În cazul în care scopul alternativ nu este posibil, persoana va putea să-și piardă toată motivația, să se dezangajeze complet și uneori să simtă o mare detresă (Carver și Scheier, 1998). Această propunere de modelizare cognitivă, desigur schematică, permite surprinderea diverselor posibilități de autoreglare ce arată că acțiunea trebuie să permită atingerea scopului, că obstacolele care se pun în calea atingerii scopului induc secvențe de evaluare și de luare de decizie, ducând fie la urmărirea scopului, fie la instituirea unui scop alternativ, fie la dezangajare și detresă.

BCU BUCUREȘTI UNIVERSITY LIBRARY

IV. Modelul scopurilor referitoare la comportamentele de sănătate al lui Maes

În modelul scopurilor referitoare la comportamentele de sănătate (Health Behavior Goal Model, HBGM, Maes și Gebhardt, 2000; Spitz, 2004), se presupune că schimbarea de comportament este influențată de diferiți factori. În primul rând, progresia spre comportamentul de sănătate dorit este mai probabilă, dacă acest comportament este coerent cu structura de scopuri personale. Conceptul de „structură de scopuri personale de viață" al lui Ford (1992), reluat de Maes și Gebhardt (2000), conferă un loc central acelor lucruri pe care persoana vrea să le realizeze în viață sau cu viața sa. Dacă persoana are scopuri de viață cu greu compatibile cu comportamentul de sănătate dorit, progresele spre aceste comportament vor fi puțin probabile.

În HBGM, consecințele așteptate ale comportamentului de sănătate se împart în patru categorii de concepte: 1 / costuri și beneficii de sănătate percepute, 2 / costuri și beneficii emoționale percepute, 3 / influență socială și 4 / competență percepută. Percepția costurilor și beneficiilor de sănătate 1 include toate rezultatele de sănătate așteptate sau temute în urma executării comportamentului vizat (de exemplu: exercițiul fizic poate să determine o creștere a capacităților cardiace, dar și un risc de boală cardiacă). Într-un mod asemănător, costurile și beneficiile emoționale percepute 2 trimit la consecințele emoționale așteptate sau temute (de pildă: credința potrivit căreia sevrajul alcoolic va aduce ameliorări ale stării afective pe termen lung, dar va putea să provoace apariția unor tulburări anxioase pe termen scurt). Toate consecințele anticipate referitoare la starea de bine a persoanei sunt exprimate în acest concept. În mod specific, Maes și col. (2000) fac deosebirea între costuri și beneficii de sănătate și costuri și beneficii emoționale. Această deosebire este esențială într-o abordare, cea mai fină posibilă, a persoanei, căci procesele afective desemnează o sursă importantă de diferențe individuale în urmărirea comportamentelor de sănătate. Conceptul de influență socială 3 reprezintă o evaluare personală a felului în care mediul social reacționează în fața comportamentului de sănătate dorit și a adoptării sale. De exemplu, o persoană ar putea să se aștepte de la partenerul său ca acesta să o susțină în eforturile de a urma un regim. În HBGM, influența socială integrează percepția normelor și presiunilor sociale la nivelul comportamentului,

dar și percepția susținerii sociale. Competența percepută 4 trimite la evaluarea de către persoană a capacităților sale de a realiza comportamentul, de pildă, de a face eforturile necesare pentru a se abține de la băut, de la fumat. Competența percepută include și estimarea de către persoană a propriilor procese de autoreglare, create pentru surmontarea constrângerilor interne sau externe. Ca atare, conceptul de competență percepută se apropie de conceptul de control, dar și de conceptul de eficacitate personală al lui Bandura (1997).

Punctul de plecare al procesului este un comportament de sănătate inițial, comportamentul obișnuit al persoanei; ar putea să fie definit în termeni specifici (de exemplu, cantitatea de alcool consumat sau numărul de țigări fumate pe zi). Comportamentul de sănătate dorit este comportamentul care, dacă ar deveni regulat, ar putea să fie benefic pentru sănătate. Atunci când comportamentul de sănătate inițial nu este în conformitate cu comportamentul de sănătate dorit, procesul de schimbare poate să determine cel puțin 4 faze: faza de prereflecție, faza de reflecție, faza de schimbare de comportament și faza de menținere a comportamentului vizat. În faza de prereflecție, persoana nu se gândește să-și schimbe comportamentul (nu-și pune întrebări în privința consumului său excesiv de sare sau de grăsimi). În faza de reflecție, comportamentul inițial este tot neschimbat, dar persoana este acum motivată să progreseze spre comportamentul de sănătate dorit. În timpul fazei de schimbare a comportamentului, persoana începe să-și modifice comportamentul în sensul comportamentului de sănătate dorit. În sfârșit, faza menținerii comportamentului de sănătate trebuie să se prelungească pe o perioadă lungă. În timpul fiecăreia dintre aceste faze, este posibilă recăderea. Aceste faze ale modelului scopurilor referitoare la comportamentele de sănătate sunt comparabile cu stadiile descrise anterior de modelul transteoretic al lui Prochaska și DiClement (1986, vezi Godin, 2002). Potrivit acestor autori, înaintarea unei persoane prin diferitele stadii de schimbare nu este liniară, ci mai degrabă în spirală. Momentele de intrare și de ieșire din spirală sunt numeroase. În fiecare etapă a schimbării de comportament, persoana evaluează interesul continuării efortului și-și ajustează în consecință comportamentul.

Pe scurt, modelul scopurilor referitoare la comportamentele de sănătate (HBGM, Maes și Gerhardt, 2000) are ca principale caracteristici: 1 / integrarea structurii de scopuri personale de viață, 2 / includerea fazelor de schimbare a comportamentului, 3 / centrarea pe costuri și

beneficii de sănătate, dar și pe costurile și beneficiile emoționale ale schimbării de comportament, 4 / luarea în calcul a credințelor persoanei în propriile capacități, dar și pe acelea asupra influenței contextului și 5 / recunoașterea surselor de variații personale și de mediu.

Modelele de self-reglare încearcă să înțeleagă factorii predictivi ai unei schimbări efective de comportament și nu numai de intenții. Acestea studiază procesele implicate în evoluția cogniților și emoțiilor asociate schimbării (Maes și Karoly, 2005). Pe de o parte, există modelizări specifice psihologiei clinice a sănătății: Santiago-Delefosse (2002) dezvoltă un model corporalo-psihosocial. Pornind de la ancorarea corporală, se conturează la ființa umană două moduri de a percepe și de a se situa în lume: una logică, referitoare la controlul și stăpânirea obiectelor și a lumii, și una emoțională, referitoare la relația afectivă cu lumea prin intermediul împărtășirii ambianței. Cele două sunt integrate și interacționează continuu în acordarea la mediu. În acest model, emoțiile, departe de a fi niște reziduuri perturbatoare, sunt întotdeauna superioare și complexe în funcționarea lor de legătură cu ambianța și cu semenul.

H. Complianța terapeutică

Multă vreme, medicii și îngrijitorii nu s-au gândit că pacienții nu le urmează prescripțiile medicale și recomandările. În anii '70, constatarea fenomenului de noncomplianță a fost interpretată ca rezultatul direct al personalității pacientului, fără să se ia în calcul dacă pacientul înțelesese ori nu tratamentul și ceilalți factori asociați. Primele cercetări nu au reușit să identifice caracteristicile de personalitate care i-ar diferenția pe pacienții complianți de pacienții noncomplianți (Leventhal și Cameron, 1987). Mai mult, înțelegerea de către pacient a mizei unui tratament a fost foarte repede identificată ca nefiind singurul factor care influențează complianța: într-adevăr, comportamentele de complianță nu erau mai bune printre pacienții care erau ei înșiși doctori decât printre pacienții clasici (Blackwell, 1973). În ultimii treizeci de ani, noțiunea de complianță terapeutică a evoluat, ca și mijloacele de investigare ce îi sunt specifice. Atunci când a apărut rețeta

prescrisă de către medic (așa cum îi arată și numele), pacientul trebuia să se supună prescrierilor și vorbelor medicului, dar și luarea de medicamente, urmarea unui regim sau schimbarea unor deprinderi de viață ale unei persoane trebuiau să coincidă cu sfaturile medicale sau de sănătate (Haynes și col., 1976). Adesea, termenul de noncomplianță era asociat cu pacientul care nu voia sau nu putea să se supună prescrierilor medicale. În acest context, pacientul este plasat într-o pasivitate manifestă. Complianța terapeutică rămâne apropiată de această descriere, ea desemnează măsura în care un pacient urmează prescrierile și vine la întâlnirile medicale fixate, gradul de respectare a recomandărilor referitoare la regimul alimentar, exercițiul fizic, nonconsumul de alcool și de tutun. Studiul complianței terapeutice nu se poate reduce la studiul nonconformității pacienților, căci aceasta nu este independentă de factori contextuali extrem de familiari (de exemplu: urmarea unui regim care reduce grăsimile depinde mai ales de persoana care gătește). Apoi, ceva mai târziu, în definiția aderenței terapeutice apare impactul aspectelor psihosociale în respectarea recomandărilor, dar pacientul continuă să facă ce spune medicul, ce spune îngrijitorul, ce spune celălalt. Începând din anii '90, este folosit termenul de self-management: atunci când echipele de îngrijire îi propun programe de educație pacientului (diabetic, astmatic), iar acesta devine actor în gestionarea maladiei sale. La ora actuală, fenomenul de noncomplianță este privit ca fiind rezultatul mai multor factori legați de specificitatea maladiei și tratamentului ei, de relația medic/pacient, dar și de resursele pacientului. Pentru mai multă precizie asupra terminologiilor și istoricului diferitelor lucrări asupra complianței terapeutice, trimitem cititorul la Tarquinio și Fischer (2001) și Fischer și Tarquinio (2006).

Potrivit multor studii, fără diferențieri de patologii, în medie o treime din pacienți pot să fie considerați ca noncomplianți. Măsurătorile complianței terapeutice rămân complexe, fiind preconizate două tipuri de evaluări: 1 / măsurătorile directe realizate pornind de la markerii biologici prezenți în organism (de exemplu, limfocitele CD4+ în cazul HIV); 2 / măsurătorile indirecte, mai ușor de aplicat în practica clinică, sunt autochestionarele (Tarquinio *et al.*, 2000), consultația semidirectivă, tehnicile de numărare a pastilelor cu memorizarea numărului de deschideri a cutiei pentru luarea de medicamente, durata deschiderii, frecvența și regularitatea acesteia (Geletko *et al.*, 1996; Andrejak *et al.*, 2000). Atunci când este detectată o complianță insufi-

cientă sau o noncomplianță, esențial rămâne studiul factorilor care determină această noncomplianță terapeutică.

I. Determinanții legați de boală și de tratament

Aceștia sunt laolaltă: severitatea simptomelor, durata tratamentului, numărul de prize medicamentoase, efectele indezirabile ale tratamentului. Astfel, persistența în urmarea tratamentului variază în funcție de medicamentele pe care le ia persoana, iar faptul acesta se explică parțial prin manifestarea unor efecte secundare (grețuri, arsuri stomacale...). Dacă efectele indezirabile ale medicamentelor sunt considerate de către persoană ca degradându-i calitatea vieții, starea de bine (adică dacă beneficiile legate de administrarea tratamentului sunt inferioare costurilor legate de efectele secundare), este probabil ca aceasta să aibă în vedere întreruperea tratamentului sau modificarea posologiei. Pe de altă parte, simplificarea tratamentului medicamentos constituie o etapă importantă în complianța la acesta, mai ales dacă este posibil să se reducă numărul de comprimate și frecvența prizelor.

II. Determinanții legați de relația medic/pacient

Sunt analizați prin intermediul desfășurării consultației, al anunțării diagnostice și al transmiterii de informații, dar și în dimensiunea relației umane care se stabilește între medic și pacientul său. Rolul medicului este de a pune un diagnostic, de a-l informa în acest sens pe pacient și de a-i propune o terapeutică. Acest travaliu se realizează prin consultația medicală, descrisă adesea în literatura de specialitate ca având trei funcții principale: 1 / strângerea de informații pentru înțelegerea pacientului, 2 / dezvoltarea unei relații terapeutice și 3 / transferul cunoștințelor, educarea pacientului și gestionarea comportamentală (Epstein *et al.*, 1993). Chiar dacă studiile asupra conținutului consultației medicale permit vizarea mai precisă a așteptărilor pacientului și a efectelor informațiilor oferite, principala concluzie preconizează că medicul trebuie să fie capabil să-și personalizeze re-

lația terapeutică, deschizând consultația și permițând discuția. Prin urmare, este vorba despre susținerea evoluției pacientului de la un rol pasiv la un rol activ, prin favorizarea unei mai mari participări din partea acestuia în timpul consultației medicale. Faptul că tratamentul este condus în cooperare cu pacientul este decisiv pentru un bun grad de complianță terapeutică, o satisfacție înaltă și o sănătate înfloritoare. Trebuie să subliniem că anumite calități percepute ale medicului (amabilitate, înflăcărare, empatie, interes) provoacă nu numai o complianță mai accentuată la recomandările medicale, ci și un procent mai mare al prezenței la consultațiile de supraveghere. Bineînțeles, această dimensiune afectivă care îl unește pe pacient cu medicul său este datorată atât caracteristicilor pacientului, cât și celor ale doctorului. Totuși, chiar dacă ameliorarea relațiilor medic/pacient este astăzi o temă centrală în teoriile referitoare la educația pacientului, acesta din urmă rămâne actorul final al acestei relații terapeutice și el este cel care va decide sau nu dacă va urma recomandările medicului. Astfel, caracteristicile pacientului au făcut obiectul multor cercetări în domeniul complianței terapeutice.

III. Determinanții referitori la pacient

Se grupează în funcție de două tipuri de factori: factorii sociodemografici și factorii psihologici. Studiile factorilor demografici prezintă adesea rezultate contradictorii. Astfel, mai multe studii arată că vârsta și sexul nu permit predicția comportamentelor de complianță. Totuși, anumite studii pun în evidență un efect semnificativ al vârstei, observând o motivație mai clară de a urma tratamentele la populațiile cele mai vârstnice, *a contrario* respectarea strică a prescripțiilor medicamentoase fiind mai puțin bună la bătrâni (Salthouse, 1991). Faptul acesta poate fi pus pe seama a doi factori: pe de o parte, declinul cognitiv al persoanei și, pe de alta, înmulțirea medicamentelor ce trebuie luate pentru diversele patologii ale respectivei persoane. Pe scurt, Myers și Midence (1998) concluzionează în general că nu există nici o legătură între complianță și vârstă (în afara contextului citat mai devreme), gen, statut conjugal, nivel de pregătire sau clasă socială. În schimb, sistemul de credințe pe care le are pacientul în privința capacităților sale personale și a resurselor care îl

înconjoară este esențial în înțelegerea comportamentelor de complianțe terapeutice. Cercetări realizate în cadrul HBM arată că obstacolele, ba chiar obstacolele „clare" (beneficiile mai puțin decât obstacolele, de pildă, efectele pozitive ale tratamentului mai puțin decât efectele secundare negative, grețurile), sunt cele care prezic parțial adoptarea unui comportament de priză medicamentoasă. Mai mult, alte studii descriu și legătura dintre sentimentul de eficacitate personală și o mai bună complianță comportamentală. În SRM (Leventhal, 1984; Weimann și col., 1996), reprezentările pe care le are pacientul despre boala și tratamentul său dețin un loc central pentru prezicerea comportamentelor pe care acesta le creează pentru a-și controla maladia.

Complianța terapeutică este un comportament complex asociat unor cogniții și stări emoționale, iar factorii care o determină aparțin în același timp componentei personale a pacientului, relației medic/pacient, caracteristicilor maladiei și tratamentului.

I. Calitatea vieții și sănătatea

Conceptul de calitate a vieții nu este nou. Sociologii și psihologii au explorat în mod deosebit componentele afective și cognitive ale stării de bine și factorii capabili să le influențeze, mai precis factorii externi (socioeconomici, evenimentele de viață, susținerea socială, Tap și Vasconcelos, 2004) și interni (noțiunea de scop și de sens de viață sentimentul de eficacitate personală, stima de sine, trebuințele, dorințele, aspirațiile). Conceptul de calitate a vieții așa cum este el studiat de către psihologi și sociologi rămâne legat de sănătate. Dar el permite o explorare a nivelului stresului, a motivațiilor, a satisfacerii scopurilor de viață, a calității relațiilor sociale și familiale. Într-o primă etapă, abordarea medicală a calității vieții se baza mai ales pe evaluarea de către echipa de îngrijire a sănătății fizice a pacientului. În 1947, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) propune o definiție a sănătății care se apropie de aceea a stării de bine.

Este necesar să se facă o diferențiere între calitatea vieții dintr-un punct de vedere colectiv sau individual. Așa cum subliniază Régnier

(1995), autorii sunt de acord să considere că, dintr-o perspectivă colectivă, ideea de calitate a vieții este legată de mediul economic, social, politic, dar și de mediul natural în care trăiește o persoană. Dar, individual, calitatea vieții este și ideea că există, pentru orice ființă umană care-și urmărește proiectul de viață, o judecată asupra calității vieții sale. Este vorba aici despre ceva personal și subiectiv. Prin urmare, în noțiunea de calitate a vieții intervine evaluarea subiectivă a vieții sub formă de apreciere și de satisfacere resimțite de către subiectul comparat cu ceea ce percepe el ca fiind posibil sau ideal. Calitatea vieții implică, așadar, o apreciere globală care ține cont de punctul de vedere al subiectului însuși și o noțiune de referențial. Dar faptul acesta poate fi înțeles în funcție de două abordări distincte. Fie calitatea vieții ține numai de subiect și, din acest motiv, nu poate fi investită decât prin intermediul istoriei sale, în cadrul unei relații duale în care inconștientul joacă un rol preponderent și nu permite deci normalizarea calității vieții. Fie calitatea vieții este definită de ecartul între idealuri, obiectivele subiectului și situația sa reală, subiectul rămânând întotdeauna cel mai bun judecător al propriei sale calități a vieții (Pédinielli *et al.*, 1995). Această ultimă abordare permite o cuantificare a calității vieții și o analiză mulțumită utilizării unor evaluări psihometrice care răspund criteriilor de sensibilitate și de validitate. Este important să subliniem că, la ora actuală, măsura calității vieții nu poate fi concepută fără o referință la subiectivitate și, prin urmare, la autoevaluare. Măsurătorile subiective ale calității vieții trimit la itemi sau la scale care au ca obiect determinarea felului în care un individ evaluează repercusiunile oricărei situații stresante asupra funcționării sale fizice, sociale și/sau afective ori în ce măsură este el satisfăcut de diferitele experiențe de viață. Un instrument bine conceput ar trebui să îngăduie evaluarea a cel puțin cinci aspecte ale calității vieții unui individ: dimensiunile biologică, psihologică, interpersonală, socială și economică.

Definiția calității vieții

Astfel, conceptul de calitate a vieții este un concept vast care poate să fie definit în numeroase feluri. În 1993, OMS definește calitatea vieții ca percepția pe care o are o persoană despre locul său în existență, în contextul culturii și propriului ei sistem de valori, în relație cu obiectivele, așteptările, normele și neliniștile sale. Este un concept

care integrează în mod complex sănătatea fizică a persoanei, starea sa psihologică, nivelul de independență, credințele personale, relațiile sociale și relația sa cu elementele esențiale ale mediului său. O diferențiere apare între calitatea vieții și calitatea vieții legată de sănătate. Aceasta din urmă trimite la aspectele funcționării tributare stării de sănătate a persoanei. Atunci când apare boala, calitatea vieții integrează trăirea cotidiană a bolii, cu alte cuvinte, măsoară răsfrângerea satisfacțiilor sau insatisfacțiilor pe care persoana bolnavă le încearcă în legătură cu propria-i viață. Câmpul ce trebuie acoperit depășește, așadar, câmpul somatic pentru a se extinde la ansamblul a ceea ce trăiește bolnavul. Pe scurt, calitatea vieții legată de sănătate poate să fie privită ca percepția subiectivă pe care o are un individ despre starea sa fizică (funcționare organică), emoțională (stare mentală, psihică) și socială (aptitudine de a avea relații normale cu semenul), după ce a luat în considerare efectele maladiei și ale tratamentului său (sechele, handicapuri) (Rizzo și Spitz, 2002).

Există numeroase scale care măsoară calitatea vieții legată de sănătate: unele sunt numite generice, altele, specifice. Scalele generice prezintă avantajul că pot fi utilizate oricare ar fi patologia, pentru orice tip de pacient. Scalele specifice, așa cum le indică și numele, sunt adaptate unei patologii aparte. Astăzi, în toată lumea, cel mai utilizat chestionar generic este chestionarul de sănătate SF-36 (Short Form-36 health survey questionnary, Ware, 1993), dar e păcat că aspectul psihologic al calității vieții este prea puțin abordat în cadrul acestuia. Aprecierea calității vieții fiind puternic impregnată de valori culturale, vom cita două evaluări construite de câteva echipe franceze: „Profilul de calitate a vieții subiective" care propune niște itemi modulabili în funcție de situații (PQVS, Gérin *et al.*, 1989; 1991) și „Tabelul de evaluare a calității vieții" (TEAQV, 1996), creat de Grabot, Martin, Auriacombe și Tignol (1996) în scopul standardizării estimării retrospective și prospective a satisfacției pacienților într-un obiectiv urmărit. În ciuda progreselor realizate în evaluare, interpretarea măsurărilor calității vieții rămâne adesea problematică, deoarece evaluarea subiectivă de către o persoană a stării sale de bine este foarte greu de comparat cu aceea a altor persoane. Dar două soluții se oferă practicienilor și cercetătorilor: fie o evaluare longitudinală în timpul supravegherii unui pacient (comparație intrasubiect în timp), fie utilizarea unei evaluări specifice a unei patologii, a unui grup de vârstă.

Calitatea vieții în diverse patologii

Așa cum subliniază Schraub, Mercier și Arveux (1996), cuvântul calitate a vieții a fost pe larg folosit în cancerologie în ultimii cincisprezece ani. Totuși, evaluarea lui se restrângea de cele mai multe ori la estimarea absenței de toxicitate medicamentoasă. Alți autori au asimilat calitatea vieții cu durata supraviețuirii fără toxicitate terapeutică sau fără reșută în maladia canceroasă (timp fără simptom sau recădere: Time Without Symptom and Toxicity (TWIST)) (Golderisch *et al.*, 1989). Acest ultim instrument s-a dovedit rapid practic și destul de obiectiv, dar, dimpotrivă, era greu de aplicat în afara încercărilor terapeutice și nu măsura decât o parte a conceptului de calitate a vieții. De fapt, interesul dezvoltării chestionarelor specifice bolnavilor canceroși nu trebuie să provoace uitarea importanței diferitelor dimensiuni ale calității vieții, fizice, dar și psihice și sociale. Chestionarul EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer, Aaronson și col., 1991) este specific pacienților canceroși și cuprinde nouă dimensiuni (starea fizică, limitarea activităților, starea cognitivă, starea emoțională, relațiile sociale, greșurile, oboseala, durerile și starea de sănătate generală), în scopul surprinderii calității vieții cu un spectru larg (pentru mai multe informații, trimitem cititorul la cartea *Psycho-oncologie* de Razavi și Delvaux, 1998).

În domeniul afecțiunilor cardiace, insuficiența cardiacă sau infarctul miocardic au un impact major asupra calității vieții. Faptul acesta se manifestă mai ales sub formă de dureri sau disconforturi cronice, diminuarea activităților, de efecte secundare medicamentoase, de reacții psihologice, de efecte asupra dinamicii familiale și asupra vieții sociale. La insuficientul cardiac, cu cât maladia este mai simptomatică, cu atât funcționarea fizică și socială este mai compromisă, dispoziția este mai alterată și, în consecință, cu atât calitatea vieții este astfel mai afectată. Printre scalele care evaluează calitatea vieții legată de sănătate, Hillers, Guyatt, Oldridge, Crowe, Willan, Griffith și Feeny (1994) propun un instrument de măsurătoare specific pentru calitatea vieții după un infarct miocardic (QLMI, Quality of Life after Myocardial Infarctus). Această scală evaluează cinci domenii: simtomele fizice, restrângerea activităților, încrederea în sine, stima de sine și emotivitatea. Într-un studiu realizat cu ajutorul unor pacienți ce suferiseră o operație cardiacă, Schwarzer și Schröder (1997) se ocupă de pacientul operat, dar și de partenerul acestuia și arată că resursele partenerului (optimism,

integrare socială) au o influență pozitivă asupra calității vieții percepute de către pacient. Autorii discută rezultatele în termeni de „transfer de resurse" între cei doi parteneri în momentul unor evenimente stresante (Schröder și Schwarzer, 2001). În diferitele domenii ale cardiologiei, sunt utilizate unele evaluări ale calității vieții, pentru a permite o mai bună înțelegere a trăirii subiective a pacientului cardiac și, astfel, ameliorarea serviciilor și intervențiilor.

În reumatologie, cele mai multe dintre afecțiunile întâlnite au o evoluție cronică, evoluție care provoacă adesea incapacități funcționale. Dar, dincolo de acestea, influența bolii asupra vieții pacientului se evaluează mai pe larg în termeni de durere, de tulburări ale dispoziției, de retragere în raport cu activitățile sociale. Printre instrumentele de calitate a vieții dezvoltate specific pentru afecțiunile reumatologice, AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale) a fost tradus și adaptat în franceză de către Pouchot, Guillemin, Coste, Brégeon, Sany și grupul „calitate a vieții în reumatologie" (1996).

În afecțiunile respiratorii, astmul este o maladie cronică ce tinde să se prelungească de-a lungul întregii vieți a pacientului, obligându-l pe acesta să urmeze un tratament de lungă durată și, uneori, să-și schimbe stilul de viață pentru un mai bun control asupra maladiei și tratamentului ce-i este asociat. Juniper, Guyatt, Ferrie și Griffith (1993) au dezvoltat un chestionar specific pentru calitatea vieții astmaticilor care permite evaluarea schimbărilor pe termen lung la un pacient. Sunt evaluate patru domenii principale: simptomele, limitarea activităților, expunerea la stimulii externi și domeniul emoțional. Deși calitatea vieții nu se referă, de la patologie la patologie, la exact aceleași dimensiuni, un consens se stabilește, mai precis, conceptul de calitate a vieții nu poate să fie o expresie a excluderii, ci trebuie să se aplice la toate ființele umane.

De-a lungul acestui capitol, s-a dovedit că sănătatea nu poate să fie studiată în afara unui context social, economic și cultural care depășește cu mult cadrul psihologiei sănătății. Mediul, în spectrul său cel mai amplu, are un impact major asupra sănătății prin intermediul condițiilor economice, credințelor culturale, contextelor de muncă, susținerii sociale sau evenimentelor de viață. Promovarea sănătății cu aportul teoriilor sociale cognitive, al empowerment-ului și al abordării sănătății colective ar trebui să permită implementarea unor acțiuni, în scopul prezervării potențialului de sănătate al grupurilor și indivizilor. Pe lângă legăturile dintre personalitate și sănătate, studiul pro-

ceselor care leagă emoțiile, cognițiile și comportamentele de sănătate devine provocarea psihologiei și mai ales a psihologiei sănătății. Aportul științelor umane în domeniul sănătății a permis reconceptualizarea, printre altele, a termenilor de complianță terapeutică și de calitate a vieții. Îngrijirile din domeniul psihologiei sănătății nu au fost dezvoltate în acest capitol (vezi Fischer și Tarquinio, 2006), ele se bazează pe niște alternative terapeutice promițătoare a căror eficiență va trebui evaluată cu o metodologie riguroasă.

Psihologia sănătății își propune niște scopuri ambițioase: să producă o cercetare de calitate și totodată să permită o practică clinică reînnoită. Cercetarea este esențială pentru dinamica unei noi discipline, unul dintre obiectivele actuale fiind o mai bună înțelegere a proceselor care o determină pe o persoană să adopte anumite comportamente protectoare pentru sănătate sau, dimpotrivă, să prefere niște comportamente cu risc.

Psihologia sănătății prezintă un atu major prin caracterul său nedogmatic, căci ea lucrează pe un obiect „sănătatea" și corolarele acestuia, cu niște abordări multiple ce permit apariția unor cunoștințe cât mai holistice cu putință. Obiectivul ei ultim trebuie să rămână aplicarea practică a cunoștințelor teoretice și empirice în serviciul intervențiilor de îngrijire, în scopul alinării suferinței.

Lecturi recomandate

Fischer, G. N. (2002), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.

Fischer, G. N. & Tarquinio, C. (2006), *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris, Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M. L. & Quintard, B. (2001), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M. L. (2002), *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.

Sutton, S., Baum, A. & Johnston, M. (2004), *The SAGE Handbook of Health Psychology*, Londra, SAGE Publications Ltd.

Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. M. (2005), *Health Pschology. Theory, Research & Practice*, Londra, SAGE Publications.

BCU

Referințe bibliografice

Aaronson, N. K. (1991), „Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients", *Cancer, 67* (3), 844-850.

Achenbach, T. M. (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist / 4-18 and 1991 Profile*, Burlinton, University of Vermont, Department of Psychiatry.

Ackerman, B. P., Izard, C. E., Schoff, K., Youngstom, E. A. & Kogos, J. (1999), „Contextual risk, caregiver emotionality, and the problem behaviors of six- and seven-year-old children from economically disadvantaged families", *Child Development, 70*, 1415-1427.

Ader, R., Felten, L. F. & Cohen, N. (2001), *Psychoneuroimmunology*, vol. 1 și 2, San Diego, Academic Press, ed. a treia.

Ajuriaguerra, J. de & Marcelli, D. (1982), *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson.

Ajzen, I. (1985), „From intention to action: A theory of planned behavior", in J. Kuhl & J. Beckmann (ed.), *Action-control: From cognition to behavior*, New York, Springer-Verlag.

Ajzen, I. (2002), „Perceived behavioural control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behaviour", *Journal of Applied Social Psychology, 32* (4), 665-683.

American Association on Mental Retardation (1994), *Retard mental: définition, classification et systèmes de soutien* (ed. a noua), Montréal, Edisem-Maloine (traducere a lucrării originale apărute în engleză în 1992).

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mintal Disorders* (ed. a patra), Washington DC; trad. franc. de J.D. Guelfi *et al.* (2000, ed. a patra), *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson.

Asociația Psihiatrilor Liberi din România, *DSM-TR-2000. Manual de diagnostica și statistica a tulburărilor mentale 2003.*

American Psychiatric Association (2005), *Mini DSM-IV-TR: Critères diagnostiques*, trad. franc. de Julien-Daniel Guelfi, Paris, Masson.

Andrejak, M., Genes, N., Vaur, L., Poncelet, P., Clerson, P. & Carre, A. (2000), „Electronic pillboxes in the evaluation of antihypertensive

BCU CLUJ LIBRARY

treatment compliance: Comparison of once daily versus twice daily regimen", *American Journal of Hypertension, 13* (2), 184-190.

Anthony, E. J. (1978-1982), „Un nouveau domaine scientifique à explorer", in E. J. Anthony, C. Chilland și C. Koupernik (ed.), *L'enfant vulnérable*, Paris, PUF, col. „Le Fil rouge", pp. 21-35.

Anthony, E. J. (1987), „Risk, vulnerability and resilience: An overview", in E. J. Anthony & J. Cohler (ed.), *The invulnerable child*, New York, The Guilford Press, pp. 3-48.

Antonovsky, A. (1979), *Health, stress, and coping*, San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987), *Unraveling the mistery of health. How people manage stress and stay well*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

Anzieu, D. (1983), „Possibilités et limites du recours aux points de vue psychanalytiques par le psychologue clinicien", *Connexions, 40*, 31-37.

Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. & Sroufe, L. A. (2005), „When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes", *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 46*, 235-245.

Åsberg, M. (1987), „Biologie des comportements suicidaires", in J. Mendlewicz (ed.), *Manuel de psychiatrie biologique*, Paris, Masson, pp. 83-89.

Åsberg, M., Träskman, L. & Thoren, P. (1976), „5-HIAA in cerebrospinal fluid: A biochemical suicide predictor?", *Archives of General Psychiatriy, 33*, 1193-1997.

Aunos, M., Pidgeon, C., Méthot, S. & Berthiaume, C. (2002), „La sclérose tubéreuse de Bourneville", *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 13* (1), 37-44.

Austin, J. L. (1970), *Quand dire c'est faire*, trad. franc. de G. Lane, Paris, Le Seuil.

Austin, T. A. & Vancouver, J. B. (1996), „Goal constructs in psychology: Structure, process and content", *Psychological Bulletin, 120* (3), 338-375.

Baddeley, A. (1993), *La mémoire humaine: théorie et pratique*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

Badoux-Levy, A. & Robin, M. (2002), „Analyse multidimensionnelle d'une échelle de «stresseurs de la vie quotidienne»", versiune franceză revizuită a Hassless scale, *Les Cahiers internationaux de psychologie sociale, 56*, 64-73.

Baldwin, A. L., Baldwin, C. P., Kasser, T., Zax, M., Sameroff, A. & Seifer, R. (1993), „Contextual risk and resiliency during late adolescence", *Development and Psychopathology, 5* (4), 741-761.

Bandura, A. (1977), „Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change", *Psychological Review, 84* (2), 191-215.
Bandura, A. (1986), *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.
Bandura, A. (1997), *Self-efficacy: The execice of control*, New York, Freeman.
Barat, C. (1996), *L'enfant déficient mental polyhandicapé: quelle réalité, quels projets?*, Paris, ESF.
Bardin, L. (1991), *L'analyse de contenu*, Paris, PUF.
Baron-Cohen, S. (1998), *La cécité mentale. Un essai sur l'autisme et la théorie de l'esprit*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
Bateson, G. (1977 şi 1980), *Vers une écologie de l'esprit*, vol. 1 şi 2, Paris, Le Seuil.
Batson, C. D., O'Quinn, K. & Pych, V. (1982), „An attribution theory analysis of trained helpers' inferences about clients needs", in T. A. Will (ed.), *Basic process in helping relationships*, New York, Academic Press, pp. 59-80.
Bazin, E., Lebeau, J.-L. & Azorin, J.-M. (1993), „Le syndrome de Ganser. Revue critique de la littérature et approche psychopathologique", *L'Évolution psychiatrique, 58* (2), 311-327.
Bear, M. F., Connors, B. W. & Paradiso, M. A. (1997), *Neurosciences: à la découverte du cerveau*, Paris, Pradel.
Beauchesne, H. (1978), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF.
Beck, A. T. (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York, International Universities Press.
Beck, A. & Valin, s. (1953), „Psychotic depressive reaction in soldiers who accidentally killed their buddies", *American Journal of Psychiatry, 110*, 347-353.
Benoit, J.-C. (1980), „Entretiens collectifs familiaux en psychiatrie d'adultes", *Encyclopédie médico-chirurgicale psychiatrie, 37*, 819D, 10-12.
Bénony, H. (2002), *L'examen psychologique et clinique de l'adolescent*, Paris, A. Colin.
Bénony, H. & Chahraoui, K. (1999), *L'entretien clinique*, Paris, Dunod.
Benton, A. L., Varney, N. R. & Hamsher, K. (1978), „Visuospatial judgement: A clinical test", *Archives of Neurology, 35*, 364-367.
Ben Yishay, Y. & Daniels-Zide, E. (2000), „Diller lecture: Outcomes after holistic rehabilitation", *Rehabilitation Psychology, 2*, 112-129.
Bergeret, J. (1974), *La personnalité normale et pathologique*, Paris, Dunod.
Bergeret, J. (dir.) (1995), *Psychologie pathologique. Théorie et clinique*, Paris, Masson.

Bergeret, J. (ed.) (2004), *Psychologie pathologique* (ed. a noua), Paris, Masson.

Bernazzani, O. (2001), „Transmission intergénérationnelle des problèmes psychologiques liés à la victimisation au cours de l'enfance: facteurs de risque et de protection", *Revue québécoise de psychologie, 22* (1), 117-133.

Bettelheim, B. (1988), *Pour être des parents acceptables*, Paris, Robert Laffont.

Binet, A. & Simon, Th. (1908), „Le développement de l'intelligence chez les enfants", *L'Année psychologique, 14*, 1-94.

Biondi, M. (2000), „Effect of stress on immune functions: A overview", in R. Ader, L. F. Felten & N. Cohen, *Psychoneuroimmunology*, Londra, Academic Press, pp. 189-226.

Blackwell, B. (1973), „Drug therapy: Patient compliance", *The New England Journal of Medicine, 289* (5), 249-252.

Blanchet, A. (1988), „L'entretien: la co-construction du sens", in C. Revault d'Allonnes *et al.*, *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod, pp. 87-102.

Blanchet, A. (1991), *Dire et faire dire: l'entretien*, Paris, Armand Colin.

Blanchet, A. (1998), „L'interaction thérapeutique", in T. Nathan, A. Blanchet, S. Ionescu & N. Zadje (ed.), *Psychothérapies* (pp. 99-154), Paris, Odile Jacob.

Blanchet, A. & Castillo, M.-C. (1998), „Affinités et effets pragmatiques des connecteurs dans le discours", *L'Encéphale, 13* (6), 13-16.

Bleuler, E. (1993), *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies* (A. Viallard, trad.), Paris-Clichy, EPEL-GREC (operă originală publicată în 1911).

Bouchard, M.-A., Brueckmann, G. & Lecomte, C. (1987), „Développement d'une grille d'analyse des inférences communiquées en psychothérapie", *Revue de psychologie appliquée, 37*, 3, 215-233.

Botez-Marquard, T. & Boller, F. (2005), *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Bourguignon, A. (1994), *L'homme fou. Histoire naturelle de l'homme*, 2, Paris, PUF.

Bourguignon, O. (1995), „Le processus de recherche", in O. Bourguignon şi M. Bydlowski (sub dir. lui), *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*, Paris, PUF, col. „Le Fil rouge", pp. 35-51.

Bourguignon, O. (1997), „Questions éthiques et déontologiques", in R. Perron, *La pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, pp. 205-260.

Bourguignon, O. (2003), *Questions éthiques en psychologie*, Sprimont (Belgique), Mardaga, col. „Psychologie et sciences humaines".

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

Bourguignon, O. (2005), *La déontologie des psychologues*, Paris, Armand Collin, „Collection 128".

Bouvard, M. & Cottraux, J. (1996), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris, Masson.

Bowen, M. (1984), *La différenciation du soi*, Paris, ESF.

Bowlby, J. (1978), *Attachement et perte*, vol. 1, 2, 3, Paris, PUF.

Braddock, J., Royster, D., Winfield, L. & Hawkins, R. (1991), „Boucing back: Sports and academic resilience among African-American males", *Education and Urban Society*, 24, 113-131.

Breton, A. (1924, 1963), *Manifeste du surréalisme*, Paris, Gallimard, col. „Idées".

Bruchon-Schweitzer, M.-L. (1993), *Le manuel du STAI-Y* de C. D. Spielberger, adaptare franceză, Paris, ECPA.

Bruchon-Schweitzer, M.-L. (2002), *Psychologie de la santé. Modèles, concept et méthodes*, Paris, Dunod.

Bruchon-Schweitzer, M.-L., Cousson-Gélie, F., Tastet, S. & Bourgeois, M. (1998), „Dépression et cancers. L'approche de la psychologie de la santé", *L'Encéphale*, 2, 2-14.

Bruchon-Schweitzer, M. L. & Quintard, B. (2001), *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod.

Brun, A. & Scelles, R. (2002), „Carl Rogers, La résilience", *Pratiques psychologiques*, 1, 85-88.

Bruner, J. (1991), *Car la culture donne forme à l'esprit*, Paris, Eshel.

Bulletin du Syndicat national des psychologues, *Psychologues et psychologies*, nr. 141, „Les psychologues et les institutions", ianuarie-februarie 1998.

Bulletin du Syndicat national des psychologues, *Psychologues et psychologies*, nr. 173, ianuarie-februarie 2004.

Bulletin de psychologie, vol. 53 (1), nr. 445 (condusă de O. Bourguignon), „Éthique en psychologie et déontologie des psychologues", ianuarie-februarie 2000.

Burke, L. E., Dunbar-Jacob, J. M. & Hill, M. N. (1997), „Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: A review of the research", *Annals of Behavioral Medicine*, *19* (3), 239-263.

Buttny, R. & Syracuse, U. (1996), „Clients' and therapist's joint construction of the client's problems", *Research on Language and Social Interaction*, *29* (2), 125-153.

Bydlowski, M. (1995), „Le chercheur: vocation, engagement, formation", in O. Bourguignon și M. Bydlowski (sub dir. lui), *La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques*, Paris, PUF, col. „Le Fil rouge", pp. 53-66.

Cambier, J., Masson, M. & Dehen, H. (2000), *Neurologie* (ed. a zecea), Paris, Abrégés Masson.
Camus, A. (1957), *L'Étranger*, Paris, Gallimard.
Camus, J.-F. (2002), Rapport de syntèse sur la situation des psychologues et de la psychologie, consultabil pe www.psychologues.org.
Canguilhem, G. (1966), „Qu'est-ce que la psychologie?", *Cahiers pour l'analyse*, 1-2, 79-93.
Carver, C. S. (1997), „You want to measure coping but protocole's too long: Consider the Brief COPE", *International Journal of Behavioral Medecine*, 4 (1), 92-100.
Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1998), *On the self-regulation of behavior*, Ney York, Cambridge University Press.
Carver, C. S. & Scheier, M. F.(1999), „Stress, coping ans self-regulatory processes", in L. A. Pervin & O.P.: John (ed.), *Handbook of personality: Theory and research*, New York, The Guilford Press.
Carver, C. S., Weintraub, J. K. & Scheier, M. F. (1989), „Assessing coping strategies: A theorical based approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.
Castillo, M.-C. (2004), „Le délire en questions. Étude des relances dans des entretiens de sujets délirants", *Bulletin de psychologie*, 57 (4), nr. 472, 363-370.
Castro, D. & Santiago-Delefosse, M. (dir.) (2001), *Pratiques déontologiques en psychologie*, Revigny-sur-Ornain, Hommes et perspectives.
Castro, D. (2000), *Pratique du mémoire de recherche en psychologie*, Le Bouscat, L'Esprit du temps, col. „Guides Psycho".
Castro, D. *et al.* (2000), *Les écrits en psychologie. Rapports, expertises, bilans*, Le Bouscat, L'Esprit du temps, col. „Guides Psycho".
Cerclé, A. (2002), „L'approche interactionniste et développementale des facteurs de risque étiologiques: l'exemple de l'acoolisme", in G.-N. Fischer (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, 347-374.
Chabert, C. (2004), „Préface", in M. Emmanuelli (ed.), *L'examen psychologique en clinique. Situations, méthodes et études de cas*, Paris, Dunod, pp. XIII-XIV.
Chahraoui, K. & Bénony, H. (2003), *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*, Paris, Dunod.
Chiland, C. (1983; ed. a opta, 2003), *L'entretien clinique*, Paris, PUF.
Cicchetti, D. (1990), „A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology", in J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (ed.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 2-28), New York, Cambridge University Press.

Cicchetti, D. (1994), „Integrating developmental risk factors: Perspectives from developmental psychopathology", in C. A. Nelson (ed.), *Threats to optimal development: Integrating biological, psychological and social risk factors. The Minnesota Symposia on Child Psychology*, Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum Associates, pp. 285-325.

Cicchetti, D. & Lynch, M. (1993), „Toward an ecologic-transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development", *Psychiatry, 56*, 96-118.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M. & Holt, K. D. (1993), „Resilience in maltrated children: Process leading to adaptive outcome", *Development and Psychopathology, 5*, 629-647.

Ciccone, A. (1998), *L'observation clinique*, Paris, Dunod.

Clark, N. M. & Dodge, J. A. (1999), „Exploring self-efficacy as a predictor of disease management", *Health Education and Behavior, 26* (1), 72-89.

Cloutier, R. (1989), *La petite fille qui ne parlait pas*, Montréal, Libre expression.

Cobb, S. (1976), „Social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medecine, 38*, 300-314.

Cohen, J. (1969), *Statistical power analyses for the behavioral sciences*, New York, Academic Press.

Cohen, J. (1992), „A power primer", *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.

Cohen, S., Kamark, T. & Mermelstein, R. (1983), „A global measure of perceived stress", *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396.

Cohen, P. & Rieu, J. P. (ed., 1994), „Les psychologues. Où sont-ils? Que font-ils?", *Bulletin du Syndicat national des psychologues*, număr hors-série, „Psychologues et Psychologies".

Collins, N. L. & Miller, L. C. (1994), „Self-disclosure and liking: A metaanalytic review", *Psychological Bulletin, 116*, 457-475.

Consumer Reports (1995), *Mintal health: Does therapy help?*, 734-739.

Contrada, R. J. & Guyll, M. (2001), „On who gets sick and why: The role of personality, stress, and disease", in A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (ed.), *Handbook of health psychology*, Hillsdale (NJ), Erlbaum, pp. 59-81.

Contrada, R. J., Leventhal, H. & O'Leary, A. (1990), „Personality and health", in L. A. Pervin (ed.), *Handbook of personality. Theory and research*, New York, Guilford, cap. 24, pp. 638-669.

Courtois, G. (1991), *Neurologie*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Cousson, F., Bruchon-Schweitzer, M., Quintard, B. *et al.* (1996), „Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française

de la WCC (ways of coping checklist), *Psychologie française, 41* (2), 155-164.

Cousson-Gélie, F. (2001), „Rôle des facteurs psychosociaux dans la genèse et l'évolution des cancers du sein", in M.-L. Bruchon-Schweitzer & B. Quintard, *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod.

Cowan, P. A. & Pape Cowan, C. (2006), „Developmental psychopathology from family systems and family risk factors perspectives: Implications for family research, practice, and policy", in D. Cicchetti și D. J. Cohen (ed.), *Developmental psychopathology*, a doua ed., volumul întâi: *Theory and method* (pp. 530-587), Hoboken, John Wiley & Sons.

Cyrulnik, B. (1999), *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob.

Cyssau, C. (dir.) (1998), *L'entretien en clinique*, Paris, In Press.

Damasio, A. R. (1995), *L'erreur de Descartes. La raison des émotions* (ed. întâi), Paris, Odile Jacob Sciences.

Damasio, A. R. (2003), *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob.

Dantzer, R. (2001), „Personnalité et maladies: l'apport de la psychoneuroimmunologie", in M.-L. Bruchon-Schweitzer & B. Quintard, *Personnalités et maladies*, Paris, Dunod, pp. 259-281.

Debray-Ritzen, P. & Melekian, B. (1970), *La dyslexie de l'enfant*, Paris, Casterman.

Decety, J. (2004), „L'empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d'autrui?", in A. Berthoz & g. Jorland, *L'empathie*, Paris, Odile Jacob, pp. 53-88.

Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E. & Ober, B. A. (2000), *California Verbal Learning Test-Second Ed. (CVLT-II)*, San Antonio (TX, Psychological Corporation.

DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S.& Lazarus, R.S. (1982), „Relationship of daily hassles, uplifts and major life events to health status", *Health Psychology, 1*, 119-136.

Dennett, D. (1990), *La stratégie de l'interprète*, Paris, Gallimard.

Depue, R.A. & Zald, D. (1993), „Biological and environmental processes in nonpsychoticpsychopathology: A neurobehavioral system perspective", in C. Costello (ed.), *Basic issues in psychopathology*, New York, Guilford Press.

De Schoenen, S. & Livet, M.-O. (1999), „Neurosciences du développement cognitif", in J.-A. Rondal și E. Espéret (ed.), *Manuel de psychologie de l'enfant* (pp. 101-154), Liège, Mardaga.

Doron, J. (2001), *La méthode du cas en psychologie clinique et en psychopathologie*, Paris, Dunod.

Doron, J., (2003), „La méthode du cas et la psychologie clinique: entre nostalgie et renouvellement", in M.-C. Mietkiewicz & S. Bouyer (ed.), *Où en est la psychologie clinique?*, Paris, L'Harmattan, pp. 101-109.

Doron, J. & Swendsen, J. (2001), „Quelques réflexions sur l'anxiété et ses troubles associés: un débat entre l'approche cognitivo-comportementale et psychodynamique", *L'Évolution psychiatrique*, Paris, Elsevier.

Doron, R. & Parot, F. (1991, 1998), *Dictionnaire de psychologie*, Paris, PUF.

Dumas, J.-E. (2002), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Bruxelles, De Boeck-Larcier.

Dumet, N. & Ménéchal, J. (2005), *Quinze cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*, Paris, Dunod.

Dunst, C. & Paget, K. D. (1991), „Parent-professional partnership and family empowerment", in M. J. Fine (ed.), *Collaboration with parents of exceptional children*, Brandon, Center for parent/professional collaboration.

Dunst, C., Trivette, C. & Deal, A. (1988), *Enabling and empowering families*, Cambrigde, Brookline Books.

Durmarque, Y. (2001), *Les psychologues, un statut juridique à la croisée des chemins*, Paris, Londra-New York, Tec et Doc.

Durmarque, Y. (2003), „L'évolution du statut du psychologue: une succession d'actes manqués?", *Pratiques psychologiques*, nr. 4, 2003, 65-73.

Duval, P. & Estivill, M.-T. (1998), *Annuaire-guide de la psychologie*, Revigny-sur-Ornain, Hommes et perspectives, col. „Le Journal des psychologues".

Dwyer, S. B., Nicholson, J. M. & Battistutta, D. (2003), „Population level assessment of the family risk factors related to the onset or persistence of children's mental health problems", *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 44 (5), 699-711.

Egeland, B., Bosquet, M. & Chung, A. L. (2002), „Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment: Implications for breaking the cycle of abuse", in K. D. Browne, H. Hanks, P. Stratton & C. Hamilton (ed.), *Early prediction and prevention of child abuse. A handbook*, West Sussex, John Wiley & Sons, pp. 217-232.

Egeland, B., Carlson, E. & Sroufe, E. L. A. (1993), „Resilience as process", *Development and Psychopathology*, 5, 517-530.

Eggly, S. (2002), „Physician-patient co-construction of illness narratives in the medical interview", *Health Communication*, 14 (3), 339-360.

Ellis, A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, New York, Lyle Stuart.

Emmanuelli, M. (2004), *L'examen psychologique en clinique*, Paris, Dunod.
Engel, G. L. (1977), „The need for a new medical model: A challenge for biomedicine", *Science, 196*, 129-136.
Epstein, R. M., Campell, T. L., Cohen-Cole, S. A., McWhinney, I. R. & Smilkstein, G. (1993), „Perspectives on patient-doctor communication", *The Journal of Family Practice, 37* (4), 377-388.
Eustache, F. & Agniel, A. (1995), *Neuropsychologie des démences: evaluations et prises en charge*, Marseille, Solal.
Favez-Boutonier, J. (1959, 1962), *La psychologie clinique: objet, méthodes, problèmes*, Paris, Les Cours de la Sorbonne (Bibliothèque de Censier, Paris VII).
Fernandez, L. & Pedinielli, J.-L. (2005), *L'observation clinique et l'étude de cas*, Paris, Nathan, „Collection 128".
Fischer, G.-N. (1994), *Le resort invisible. Vivre l'extrême*, Paris, Le Seuil.
Fischer, G.-N. (2003), *Les blessures psychiques. La force de vivre*, Paris, Odile Jacob.
Fischer, G. N. & Tarquinio, C. (2006), *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975), *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*, Reading (Mass.), Addison-Wesley.
Fishbein, M., Hennessy, M., Yzer, M. & Douglas, J. (2003), „Can we explain why some people do and some people do not act on their intention?", *Psychology, Health and Medicine, 8* (1), 3-18.
Flieller, A. (2003), „Psychologie du singulier et recherche clinique", in M.-C. Mietkiewicz & S. Bouyer (ed.), *Où en est la psychologie clinique?*, Paris, L'Harmattan, pp. 317-323.
Flores, E., Cicchetti, D. & Rogosch, F. (2005), „Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated Latino children", *Developmental Psychology, 41*, 338-351.
Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980), „An analyses of coping in middle-aged community sample", *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-239.
Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985), „If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination", *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 150-170.
Fombonne, E. (2001), „Is there an epidemic of autism?", *Pediatrics, 107*, 411-413.
Fonagy, P. (1989), „On tolerating mental states: Theory of mind in borderline patients", *Bulletin of the Anna-Freud Centre, 12*, 91-115.
Ford, M. E. (1992), *Motivatings humans: Goals, emotions and personal agency beliefs*, Newbury Park, Sage Publications.

Foucault, M. (1972), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.
Freud, S. (1996), „Deuil et mélancolie", in *Métapsychologie* (J. Laplanche & J.-B. Pontalis, trad., pp. 145-171), Paris, Gallimard (opera originală publicată în 1917) vezi și *Doliu și melancolie* în *Opere vol. 3*, Editura Trei, 2000.
Friedman, M. & Rosenman, R. H. (1974), *Type A Behavior and your Heart*, New York, Harper & Row.
Frith, U. (1989), *L'énigme de l'autisme*, Paris, Odile Jacob.
Fröhlich, W. D. (1997), *Dictionnaire de la psychologie*, Paris, Librairie générale française, col. „La Pochothèque".
Fua, D. (dir.) (1997 și 2002), *Le métier du psychologue clinicien*, Paris, Nathan Université, col. „Fac. Psychologie".
Fustier, P. (1999), *Le travail d'équipe en institution*, Paris, Dunod.
Gagey, J. (1980), „La psychologie clinique", *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37302 A17, Paris, pp. 1-8.
Gall, F. J. (1822-1825), *Sur les fonctions du cerveau: et sur celles de chacune de ses parties, avec des observations sur la possibilité de reconnaître les instincts, les penchans, les talens, ou les dispositions morales et intellectuelles des hommes et des animaux, par la configuration de leur cerveau et de leur tête*, Paris, la autorul Boucher *et al.* Lucrare păstrată la biblioteca Charcot, spitalul Salpêtrière, Paris.
Gainotti, G., Erme, P. d' & Bonis, C. de (1989), „Aspects cliniques et mécanismes de la negligence visuo-spatiale", *Revue neurologique, 145*, 8-9, 626-634.
Garmezy, N. (1985), „Stress resistant children: The search for protective factors", in J. Stevenson (ed.), *Recent research in developmental psychopathology*, Oxford, Pergamon Press (a book supplement to the *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Number 4), pp. 213-233.
Garmezy, N. (1994), „Foreword", in C. A. Nelson (ed.), *Threats to optimal development: Integrating biological, psychological, and social risk factors. The Minnesota Symposia on Child Psychology*, Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum Associates, pp. VII-XI.
Geletko, S. M., Segarra, M. & Mayer, K. H. (1996), „Electronic compliance assessment of antifungal prolaxis for human immunodefiency virus-infected women", *Antimicrob. Agents Chemother, 40*, 1338-1341.
George, M.-C. & Tourne, Y. (1994), *Le secteur psychiatrique*, Paris, PUF, col. „Que sais-je?"
Gérin, P., Dazord, A., Boissel, J.-P., Hanauer, M.-T., Moleur, P. & Chauvin, F. (1989), „L'évaluation de la qualité de vie dans les essais thérapeutiques", *Thérapie, 44*, 355-364.

Gérin, P., Dazord, A., Cialdella, P., Leizorovicz, A. & Boissel, J.-P. (1991), „Le questionnaire «Profil de la qualité de vie subjective» (PQVS)", *Thérapie, 46*, 131-138.

Ghiglione, R. (1986), *L'homme communiquant*, Paris, Armand Colin.

Ghiglione, R. (1998), *Les métiers de la psychologie*, Paris, Dunod, col. „Les Topos".

Ghiglione, R., Landre, A., Bromberg, M. & Molette, P. (1998), *L'analyse automatique des contenus*, Paris, Dunod.

Gil, R. (1996, ed. întâi; 2006, ed. a patra), *Neuropsychologie*, Paris, Abrégés Masson.

Gilliéron, E. (1994), *Le premier entretien en psychothérapie*, Paris, Dunod.

Godin, G. (2002), „Le changement des comportements de santé", in G.-N. Fischer (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.

Golderisch, A., Gelberg, R.D., Simes, R. J., Glasziou, P. & Coates, A. (1989), „Costs and benefits of adjuvant therapy in breast cancer: A quality-adjusted survival analysis", *Journal of Clinical Oncology, 7*, 36-44.

Grabot, D., Martin, C., Auriacombe, M. & Tignol, J. (1996), „Tableau d'évaluation assisté de la qualité de vie (TEAQV)", *Encéphale*, XXII, 181-185.

Greenberg, L. S., Elliott, R. K. & Lietaer, G. (1994), „Research on experiential psychotherapies", in A. E. Bergin & S. L. Garfield (edit), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (ed. a patra), pp. 509-539, New York, John Wiley & Sons.

Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. W. & Haybittle, J. L. (1990), „Psychological response to breast cancer and 15 years outcome", *The Lancet*, I, 49-50.

Grossarth-Maticek, R. & Eysenck, H. J. (1990), „Personality, stress and disease. Description and validation of a new inventory", *Psychological Reports, 66*, 355-373.

Guillaumin, J. (1977), *La dynamique de l'examen psychologique*, Paris, Dunod (ed. a doua).

Guillec, G. (1992), *Faire psycho. Pourquoi? Comment?*, Paris, L'Harmattan.

Guillec, G. (2001), *Les psychologues: contribution à une méta-mémoire professionnelle. Élements de bibliographie avec des propositions de classification et de commentaire*. Vol. I: *Identité professionnelle des psychologues (histoire, organization et formation)*. Vol. II: *Les domains d'intervention des psychologues: santé, éducation, formation, insertion, justice, travail, organization et recherche*, Montepellier, Université de Montpellier III.

Guillec, G. (2001), *Les psychologues: contribution à une métamémoire professionnelle*, vol. 2, Montpellier III, Presses de l'Université.

Guiraud, P. (1971), *La sémiologie*, Paris, PUF.

Habib, M. (2004), „Bases neurologiques de la dyslexie", in M.-N. Metz-Lutz, E. Demont, C. Seegmuller, M. De Agostini, N. Bruneau (ed.), *Développement cognitif et troubles d'apprentissage: évaluer, comprendre, rééduquer et prendre en charge*, Marseille, Solal, pp. 219-244.

Hagger, M. S. & Orbell, S. (2003), „A metaanalytic review of the common-sense model of illness representations", *Psychology and Health, 18*, 2, 141-184.

Halstead, W. C. (1947), *Brain and intelligence*, Chicago, University of Chicago Press.

Harrison, J. A., Mullen, P. D. & Green, L. W. (1992), „A metaanalysis of studies of the health belief model with adults", *Health Education Research, 7* (1), 107-116.

Haynes, R. B., Sackett, D. L., Gibson, E. S., Taylor, D. W., Hackett, B. C., Roberts, R.S. & Johnson, A. L. (1976), „Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension", *The Lancet, 1* (1972), 1265-1268.

Hecaen, H. (1972), *Introduction à la neuropsychologie*, Paris, Larousse.

Heim, S. & Benasich, A. A. (2006), „Developmental disorders of language", in D. Cicchetti și D. J. Cohen (ed.), *Developmental psychopathology* (ed. a doua), vol. III: *Risk, disorder, and adaptation*, pp. 268-316, Hoboken, John Wiley & Sons.

Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Egolf, B. (1994), „Resilient early school-age children from maltreating homes: Outcomes in late adolescence", *American Journal of Orthopsychiatry, 64*, 301-309.

Herrenkohl, E. C., Herrenkohl, R. C., Egolf, B., Wu, P. (1991), „The developmental consequences of child abuse: The Lehigh longitudinal study", in R. H. Starr & D. A. Wolfe (ed.), *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*, New York, Guilford Press, pp. 57-81.

Herren, H. & Herren, M.-P. (1980), *La stimulation psychomotrice du nourisson*, Paris, Masson.

Hillers, T. K., Guyatt, G. H., Oldridge, N., Crowe, J., Willan, A., Griffith, L. & Feeny, D. (1994), „Quality of life after myocardial infarction", *Journal Clinical Epidemiology, 47*, 11, 1287-1296.

Holdwick, D. J. & Wingenfeld, S. A. (1999), „The subjective experience of PASAT testing: Does PASAT induce negative mood?", *Archives of Clinical Neuropsychology, 14*, 273-284.

Hollon, S. D. & Cobb, R. (1993), „Relapse and recurrence in psychopathologial disorders", in C. G. Costello (ed.), *Basic issues in psychopathology*, New York, Guilford Press, pp. 377-402.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J. & Evans, M. D. (1990), „Combined cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depression", in D. W. Manning & A. J. Frances (ed.), *Combined pharmacotherapy*

and psychotherapy for depression, Washington (DC), American Psychiatric Association, pp. 37-64.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967), „The social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research, 11*, 213-218.

Hommet, C., Jambaqué, I., Billard, C. & Gillet, P. (dir.) (2005), *Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement*, Marseille, Solal.

Hook, D. (2001), „Therapeutic discourse, co-construction, interpellation, role-induction: Psychotherapy as iatrogenic treatment modality?", *International Journal of Psychotherapy, 6* (1), 47-66.

Horowitz, M., Adler, N. & Kegeles, S. (1988), „A scale for measuring the occurrence of positive states of mind: A preliminary report", *Psychosomatic Medicine, 50*, 5, 477-483.

Houdé, O., Mazoyer, B. & Tzourio-Mazoyer, N. (2002), *Cerveau et psychologie*, Paris, PUF.

Howieson, D. B. & Lezak, M. D. (2002), „Separating memory from other cognitive problems", in A. Baddeley *et al.* (ed.), *Handbook of memory disorder* (ed. a doua), Chischester (UK), Wiley.

Huber, W. (1987), *La psychologie clinique aujourd'hui*, Bruxelles, Pierre Mardaga.

Huber, W. *et al.* (1997), *L'homme psychopathologique et la psychologie clinique*, Paris, PUF.

Huberman, M. A. & Milles, M. B. (1991), *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*, Paris-Bruxelles, De Boeck Université.

Hunter, R.S. & Kilstrom, N. (1979), „Breaking the cycle in abusive families", *American Journal of Psychiatry, 136* (10), 1320-1322.

Ingram, R. E. & Price, J. M. (ed.) (2001), *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*, New York, Guilford Press.

Inizan, A. (2000), *Le temps d'apprendre à lire*, Paris, Éditions et applications psychologiques.

International Molecular Genetic Study of Autism Consortium (IMGSAC) (2001), „A genomewide screen for autism: Strong evidence for linkage to chromosomes 2q, 7q, and 16p", *American Journal of Human Genetic, 69* (3), 570-581.

Ionescu, S., Jourdan-Ionescu, C. (1989), „La peur du sida: faits établis sur différents échantillons de population et nouvelles recherches", *Psychologie française, 34* (2-3), 153-170.

Ionescu, S. (1987), „Introduction", in S. Ionescu (ed.), *L'intervention en déficience mentale*, vol. 1: *Problèmes généraux. Méthodes médicales et psychologiques*, Bruxelles, Mardaga, pp. 21-43.

Ionescu, S. (1993), „Bases de la psychopathologie", in R. Ghiglione & J.-F. Richard (ed.), *Cours de psychologie*, II: *Bases, méthodes, épistémologie*, Paris, Dunod, pp. 227-263.

Ionescu, S. (1995, ed. a treia), *Quatorze approches de la psychopathologie*, Paris, Armand Colin.

Ionescu, S. (1995), „L'évaluation des psychotherapies", in T. Nathan, A. Blanchet, S. Ionescu & N. Zajde, *Psychothérapies*, Paris, Odile Jacob, pp. 165-222.

Ionescu, S. (2004), „Préface", in J. Lecomte (ed.), *Guérir de son enfance*, Pris, Odile Jacob, pp. 11-16.

Ionescu, S. (2006), „Pour une approche intégrative de la résilience", in B. Cyrulnik și P. Duval (ed.), *Psychanalyse et résilience*, Paris, Odile Jacob, pp. 27-44.

Ionescu, S. (2006, ed. a treia), *Quatorze approches de la psychopathologie*, Paris, Armand Colin vezi și *14 abordări în psihopatologie*, Editura Polirom, 2006.

Ionescu, S., Lhote, C. & Jacquet, M.-M. (1997, 2001), *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*, Paris, Nathan vezi și *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*, Editura Polirom, 2002.

Jacobi, B. (1995), *Cents mots pour l'entretien clinique*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Jakobi, J.-M., Blanchet, A. & Grossir-Le Nouvel, B. (1990), „Quatre formes d'interrogation propositionnelle dans l'entretien de recherche", *Psychologie française*, 35-3, 207-215.

Jakobson, R. (1968), *Essais de linguistique générale*, vol. 1, Paris, Payot.

Jakobson, R. (1970), *Essais de linguistique générale*, vol. 2, Paris, Payot.

Janet, P. (1926-1928, 1980), *De l'angoisse à l'extase*, Paris, Payot.

Jaspers, K. (1955-1956), *De la psychothérapie. Étude critique*, Paris, PUF.

Jones, D. J., Forehand, R., Brody, G. & Armistead, L. (2002), „Psychosocial adjustment of African-American children in single-mother families: A test of three risk models", *Journal of Marriage and Family, 64* (1), 105-115.

Jourdan-Ionescu, C. & Desaulniers, R. (1999), „Le concept d'intervention famille soutien", *Revue québécoise de psychologie, 20* (1), 157-171.

Jourdan-Ionescu, C., Palacio-Quintin, E., Desaulniers, R. & Couture, G. (1998), *Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez de jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce*, Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale, Trosi-Rivières, GREDEF, 146 p.

Jourdan-Ionescu, C. (2003), „L'intervention précoce et les programmes de prevention", in M.-J. Tassé & D. Morin (ed.), *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Gaëtan Morin, pp. 159-181.

Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Ferrie, P. J. & Griffith, L. E. (1993), „Measuring quality of life in asthma", *American Review of Respiratory Disease, 147*, 832-838.

Kadesjoe, B., Gillberg, C. & Hagberg, B. (1999), „Autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: A total population study", *Journal of Autism and Developmental Disorders, 29* (4), 327-331.

Kaës, R. *et al.* (1996), *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*, Paris, Dunod.

Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaeffer, C. & Lazarus, R.S. (1981), „Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassless and uplifts versus major life events", *Journal of Behavioral Medecine, 4*, 1-39.

Kaufman, J., Cook, A., Arny, L., Jones, B. & Pittinsky, T. (1994), „Problems defining resiliency: Illustrations from the study of maltreated children", *Development and Psychopathology, 6*, 215-229.

Karasek, R. & Theorell, T. (1990), *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books.

Kazdin, A. E. (1994), „Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research", in A. E. Bergin & S. L. Garfield (ed.), *Handbook if psychotherapy and behavior change* (ed. a patra), (pp. 19-71), New York, John Wiley & Sons.

Kimchi, J. & Schaffner, B. (1990), „Childhood protective factors and stress risk", in L. E. Arnold (ed.), *Childhood stress*, New York, John Wiley & Sons Inc.

Kobasa, S. C. (1977), „Stress, personality and health: A study of an overlooked possibility", *Dissertation Abstracts International, 38 (5-B)*, 2430.

Kobasa, S. C. (1979), „Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness", *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 1-11.

Kobasa, S. C. & Pucetti, M. C. (1983), „Personality and social resources in stress resistance", *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 839-850.

Köhler, W. (1964), *La psychologie de la forme*, Paris, Gallimard.

Kraemer, H. C. & Thiemann, S. (1987), *How many subjects? Statistical power analysis in research*, Newbury Park, Sage.

Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P.S. & Kupfer, D. J. (1997), „Coming to terms with the terms of risk", *Archives of General Psychiatry, 54*, 337-343.

Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. & Kupfer, D. (2001), „How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors", *American Journal of Psychatry, 158*, 848-856.

Kuhn, T.S. (1983), *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion „Champs".

Labov, W. & Fanshel, D. (1977), *Therapeutic discourse*, New York, Academic Press.
Lachapelle, Y. & Wehmeyer, M.-L. (2003), „L'autodétermination", in M.-J. Tassé & D. Morin (ed.), *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Gaëtan Morin, pp. 203-214.
Lagache, D. (1949), *L'unité de la psychologie*, Paris, PUF.
Lagache, D. (1949), *Psychologie clinique et méthode clinique*, in D. Lagache, *Œuvres complètes*, vol. II, Paris, PUF, 1979.
Lagache, D. (1949), *Sur la formation du psychologue clinicien*, in D. Lagache, *Œuvres complètes*, vol. II, Paris, PUF, 1979.
Lagache, D. (1949), *Psychanalyse et psychologue*, in D. Lagache, *Śuvres completes*, vol. III, Paris, PUF, 1980.
Larrabee, G. J. & Crook, T. H. (1996), „Computers and memory", in I. Grant & K. M. Adams (ed.), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders*, (ed. a doua), New York, Oxford University Press.
Last, J. M. (2001-2004), *Dictionnaire d'épidémiologie*, Acton Vale, Québec-Paris, Edisem-Maloine.
Lautrey, J. (1980), *Classes sociales, milieu familial et développement cognitif*, Paris, PUF.
Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984), *Stress appraisal and coping*, New York, Springer.
Le Breton, D. (2002), *Conduites à risques. Des jeux de mort au jeu de vivre*, Paris, PUF, col. „Quadrige".
Lecanuet, J.-P., Granier-Deferre, C., de Casper, A.-J., Maugeais, R., Andrieu, A.-J. & Busnel, M.-C. (1987), „Perception et discrimination fœtale de stimuli langagiers mises en évidence à partir de la réactivité cardiaque; résultats préliminaires", *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Paris*, 305, serie III, 161-164.
Lechevalier, B., Eustache, F. & Viader, F. (1995), *Perceptions et agnosies*, Bruxelles, De Boeck Université.
Lecomte, C. & Alain, M. (1990), „Les facteurs communs dans les entretiens psychothérapiques", *Psychologie française*, 35-3, 185-193.
Lecomte, J. (2004), *Guérir de son enfance*, Paris, Odile Jacob.
Lécuyer, R., Pêcheux, M.-G. & Stréri, A. (1994 şi 1996), *Le développement cognitif du nourrisson*, vol. 1 şi 2, Paris, Nathan.
Legrand, M. (1993), *L'approche biographique*, Marseille, Hommes et perspectives.
Lemay, M. (1999), „Les troubles du langage", in E. Habimana, L.S. Éthier, D. Petot & M. Tousignant (ed.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*, Montréal, Gaëtan Morin, pp. 367-387.

Leslie, A.M. (1985), „Does the autistic child have a «theory of mind»?", *Cognition*, 21, 37-46

Leslie, A.M. (1987), „Pretense and representations: The origins of «Theory of Mind»", *Psychological Review*, 94 (4), 412-426.

Leventhal, H., Brissette, I. & Leventhal, E. A. (2003), „The common-sense model of self-regulation of health and ilness", in L. D. Cameron & H. Leventhal (ed.), *The self-regulation of health and illness behaviour*, New York, Routledge-Taylor & Francis Group.

Leventhal, H. & Cameron, L. (1987), „Behavioral theories and the problem of compliance", *Patient Education and Counseling*, 10 (2), 117-138.

Leventhal, H., Zimmerman, R. & Gutmann, M. (1984), „Compliance: A self-regulation perspective", in D. Gentry (ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*, New York, Pergamon Press.

Lezak, M. D., Howienson, D. B. & Loring, D. W. (2004), *Neuropsychological assessment*, New York, Oxford University Press.

Lighezzolo, J. & De Tychey, C. (2004), *La résilience. Se (re)construire après le traumatisme*, In Pres.

Livret, M.-O. (1990), „neuroectodermoses: sclérose tubéreuse de Bourneville", *Neurologie pédiatrique*, Paris, Flammarion, pp. 50-54.

Luminet, O. (2002), *Psychologie des émotions*, Bruxelles, De Boeck.

Luria, A.-R. (1978), *Les fonctions corticales supérieures de l'homme*, Paris, PUF.

Montreuil, M. & North, P. (2002), „Neuropsychologie et psychopathologie", *Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie*, 37-031-C-20, 5 p.

Luthar, D., D'Avanzo, K. & Hits, S. (2003), „Maternal drug abuse versus other psychological disturbances: Risks and resilience among children", in S. Luthar (ed.), *Resilience and vunerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, pp. 104-129.

Luthar, S. & Zigler, E. (1991), „Vulnerability and competence: A review of research on resilience", *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (2), 6-22.

Mac Graw, D. (2005), *Les spécificités de l'intervention du psychologue au sein d'un placement familial socioéducatif*, memoriu profesional de sfârşit de studii (M2), dir. M.-J. Mouras, Université de Paris V René-Descartes, nepublicat.

Macintosh, K. E. & Dissanayake, C. (2004), „Annotation: The similarities and differences between autistic disorder and Asperger's disorder: A review of the empirical evidence", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (3), 421-434.

Maddi, S. R. (1967), „The existential neurosis", *Journal of Abnormal Psychology, 72*, 311-325.

Maes, S. & Gebhardt, W. (2000), „Self-regulation and health behavior: The health behavior goal model", in M. Boekaerts, P. Pintrich & M. Zeidner (ed.), *Handbook of self-regulation*, San Diego, Academic Press, 343-368.

Maes, S. & Karoly, P. (2005), „Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review", *Applied Psychology, 54*, 2, 267-299.

Maes, S., Leventhal, H. & De Ridder, D. T. D. (1996), „Coping with chronic diseases", in M. Zeidner & N. Endler (ed.), *Handbook of coping: Theory, research, applications*, New York, Wiley, 221-251.

Marcelli, A. & Catheline, N. (1999), „Construction de la personnalité", in J.-A. Rondal și E. Espéret (ed.), *Manuel de psychologie de l'enfant* (pp. 595-626), Liège, Mardaga.

Mareau, C. & Vanek-Dreyfus, A. (2004, ed. a treia), *Les métiers de la psychologie*, Paris, Jeunes Éditions.

Marty, F., Marie-Grimaldi, H. (2004), „Introduction", in F. Marty *et al.*, *L'aventure de la recherche en psychologie clinique et psychopathologie*, Rouen, Publications de l'Université de Rouen, pp. 5-13.

Maslow, A. H. (1954), *Motivation and personality*, New York, Harper & Row.

Masse, L. (2003), „Niveau d'expertise et inférences thérapeutiques", *Psychologie de l'interaction*, 15-16, 37-69.

Masten, A. S. (1994), „Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity", in M.C. Wang, E.W. Gordon (ed.), *Educational resilience in inner-city America*, Hillsdale (NJ), Erlbaum, pp. 3-25.

Masten, A.S. & Coatsworth, J. D. (1995), „Competence, resilience and psychopathology", in D. Cicchetti & D. J. Cohen (ed.), *Developmental psychopathology*, vol. 2: *Risk, disorder, and adaptation*, New York, John Wiley & Sons, 715-752.

Maurois, A. (1952), *Lélia ou la vie de Georges Sand*, Paris, Hachette.

May, R. (1981), *Existential psychology*, New York, Random House.

Mazeau, M. (2004), *Conduite du bilan chez l'enfant*, Paris, Masson.

Mazeau, M. (2005), *Neuropsychologie et troubles des apprentissages, du symptôme à la rééducation*, Paris, Masson.

McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1986), „Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample", *Journal of Personality, 54*, 385-405.

McGee, R., Williams, S. & Elwood, M. (1994), „Depression and the development of cancer: A metaanalysis", *Social Sciences and Medecine, 38*, I, 187-197.

Meehl, P. E. (1962), „Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia", *American Psychologist*, *17*, 827-838.

Mehler, J. & Dupoux, E. (1988), „De la psychologie à la science cognitive", *Le Débat*, *47*, 65-87.

Meltzoff, J. (2003), *Critical thinking about research*, Washington (DC), American Psychological Association.

Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L. & Hallet, A. J. (1996), „A meta-analytic review of research on hostility and psysical health", *Psychological Bulletin*, *119*, 322-348.

Milner, B. (1963), „Effects of different brain lesions on card sorting", *Archives of Neurology*, *9*, 90-100.

Mirabel-Sarron, C. & Vera, L. (1995), *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Paris, Dunod.

Misès, R. & Quemada, N. (2002, ed. a patra), *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent — R-2000*, Paris, Éd. du CTNERHI.

Moeschler, J. (1988), „Pragmatique conversationnelle et pragmatique de la pertinence", *Cahiers de linguistique française*, *9*, 65-85.

Molfese, D. L. (2000), „Predicting dyslexia at 8 years of age using neonatal brain responses", in *Brain and Language*, *72* (31), 238-245.

Montreuil, M. (2005), „Psychopathologie et affections neurologiques de l'adulte", *Pratiques psychologiques*, *11*, 303-305.

Moore, H., West, A. R. & Grace, A. A. (1999), „The regulation of forebrain dopamine transmission: Relevance to the pathophysiology and psychopathology of schizophrenia", *Biological Psychiatry*, *46* (1), 40-55.

Morais, J. (1994), *L'art de dire*, Paris, Odile Jacob.

Morin, M. (2004), *Parcours de santé*, Paris, Armand Colin.

Morin, M. & Apostolidis, T. (2002), „Contexte social et santé", in G.-N. Fischer (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 463-490.

Mottron, L. (1998), „L'hypothèse perceptive visuelle dans l'autisme", *Psychologie française*, *43* (2), 135-145.

Mounier, E. (1962), *Introduction aux existentialismes*, Paris, Gallimard.

Mouras, M.-J. (1983). Les psychologues et l'éducation: que font, à quoi servent les psychologues dans le champ de l'éducation?, Psychologie française, 2861, 60-63.

Mouras, M.-J. (2003) *Psychologue dans le champ de la périnatalité: un travail «vitalisant»*, chap. 2, pp. 36-40. In M.-J. Mouras *et al*, *La périnatalité*, ouvrage collectif. Paris: Bréal, col. «Amphi Psychologie».

Mouras, M.-J. (1997). Faire un stage, une étude, un dossier. In *Les méthodes en psychologie*, ouvrage collectif sous la direction d'A. Weil-Barais. Paris : Bréal, col. «Grand Amphi», chap. 9, pp. 291-302 et 308-317.

Mouras, M.-J. (1999). *100 fiches pour connaître la psychologie*, ouvrage collectif sous la direction d'A. Weil-Barais et D. Cupa. Partie 2: «Les différents âges de la vie».

Mouras, M.-J. (2001). «L'encadrement des mémoires de recherche en psychologie clinique: réflexions méthodologiques à partir de travaux effectués dans le champ de la périnatalité», *Revue de psychologie clinique et prqjective*, vol. 7, article hors thème.

Mouras, M.-J. (2002, 2e éd.). *Le métier de psychologue clinicien*, ouvrage collectif sous la direction de D. Fua. Paris.; Nathan, col. «Fac», cap. 10: «Psychologue dans le champ de la périnatalité».

Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1993), „Coping resources and processes: Current concepts and measures", in L. Goldberger & S. Breznitz (ed.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, New York, The Free Press, 234-257.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. & Buick, L. (2002), „The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)", *Psychology and Health, 17*, 1-16.

Mowrer, O. H. (1947), „On the dual nature of learning. A reinterpretation of «conditioning» and «problem-solving»", *Harvard Educational Review, 17*, 102-148.

Mucchielli, J.-L. (1996), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*, Paris, A. Colin.

Mucchielli, J.-L. (1998), *L'analyse de contenu*, Paris, ESF.

Muller, L. & Spitz, E. (2003), „Évaluation multidimensionnelle du coping: validation du brief COPE sur une population française", *L'Encéphale*, XXIX, 507-518.

Myers, L. B. & Midence, K. (1998), *Adherence to treatment in medical conditions*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers.

Nadel, J. (1986), *Imitation et communication entre jeunes enfants*, Paris, PUF.

Navelet, C. & Guérin-Carnelle, B. (1997), *Psychologues aux risques de l'institution. Les enjeux d'un métier*, Paris, A.-M. Frison-Roche, col. „Psychologie vivante".

O'Leary, K.D. & Wilson, G. T. (1987, ed. a doua), *Behavior therapy: Application and outcome*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.

O'Leary, V.E. & Ickovics, J.R. (1995), „Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women's health", *Women's Health: Research on Gender, Behavior, and Policy, 1*, 121-142.

Oppenheim, L.A. (1977), *Ancient Mesopotamia. Portrait of a dead civilisation*, Chicago, University of Chicago Press.
Oppenheim, A. (1996), *Kohut et la psychologie du self*, Paris, PUF.
Organizația Mondială a Sănătății (1992-1993), *Classification internationale des maladies*, revizuirea a zecea, cap. V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Geneva-Paris, OMS-Masson vezi și *ICD-10 Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament*, Editura All, 1998.
Organizația Mondială a Sănătății (1993), *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement* (C.B. Pull *et al.*, trad., ed. a zecea), Paris, Masson.
Osterrieth, P.A. (1944), „Le test de copie d'une figure complexe", *Archives de psychologie, 30*, 206-356.
Owens, E. & Shaw, D. (2003), „Poverty and early childhood adjustement", in S. Luthar (ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, pp. 267-292.
Palacio-Quintin, E., Ethier, L. S., Jourdan-Ionescu, C. & Lacharité, C. (1991), *L'intervention auprès de familles négligentes présentant ou non des comportements violents*, proiect de subvenție prezentat în cadrul „Programme de recherche de santé. Santé et bien-être social Canada", Trois-Rivières, GREDEF.
Palacio-Quintin, E., Ethier, L. S., Jourdan-Ionescu, C., Lacharité, C. (1995), „L'intervention a près de familles négligentes", în J.P. Pour-tois (ed.), *Blessure d'enfant. La maltraitance: théorie, pratique et intervention*, Bruxelles, De Boeck.
Panagopoulou, E., Kersbergen, B. & Maes, S. (2002), „The effects of emotional (non)-expression in chronic disease: A metaanalytic review", *Psychology and Health, 17*, 5, 529-546.
Parker, J. D. A. & Endler, N. S. (1992), „Coping with coping assessment: A critical review", *European Journal of Personality, 6*, 321-344.
Pedinielli, J.-L. (1992), *Psychosomatique et alexithymie*, Paris, PUF.
Pedinielli, J.-L. (1994), *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Nathan.
Pedinielli, J.-L. & Fernandez, L. (2005), *L'observation clinique et l'étude de cas*, Paris, Armand Colin.
Pedinielli, J.-L. (2005), *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, A. Colin.
Pedinielli, J.-L., Rouan, G. & Giminez, G. (1995), „Qualité de vie et modifications des conceptions du sujet", *Pratiques psychologiques*, 2, 3-10.
Perls, F. (1969), *Gestalt therapy verbatim*, Lafayette (CA), Real People Press.
Perron, R. & Perron-Borelli, M. (1970), *L'examen psychologique de l'enfant*, Paris, PUF.
Perron, R. (dir.) (1997), *La pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod.

Peterson, L. R. & Peterson, M. J. (1959), „Short-term retention of individual verbal items", *Journal of Exeprimental Psychology, 58*, 193-198.
Petot, D. (2003), *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*, Paris, Dunod.
Petticrew, M., Fraser, J. M. & Regan, M. F. (1999), „Adverse life-events and risk of breast cancer: A metaanalysis", *British Journal of Health Psychology, 4*, 1-17.
Philippot, P. (2000), „Du problème de recherche à l'hypothèse", in R.J. Vallerand şi U. Hess (ed.), *Méthodes de recherches en psychologie*, Montréal-Paris, G. Morin, pp. 57-90.
Plagnol, A. (2003), „Le tragique en psychopathologie", *L'Évolution psychiatrique, 68*, 658-668.
Plagnol, A. (2004), *Espaces de représentation: théorie élémentaire et psychopathologie*, Paris, Éd. du CNRS.
Plaza, M. (1989), „La psychologie clinique: les enjeux d'une discipline", in C. Revault d'Allones *et al.* (ed.), *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod, pp. 3-16.
Plaza, M. (1990), „La souffrance et le mal", *Psychologie clinique, 4*, 49-59.
Plaza, M. (1993), „Dyslexie dysphonétique et voie sémantique", *La Psychiatrie de l'enfant*, XXXVI, 2, 433-453.
Plaza, M. (1995), „Évolution de la lecture chez une petite fille dyslexique. Des défaillances modulaires à l'expérience de l'enfant", *Glossa, 48*, 18-28.
Plaza, M. (1996), „Dyslexies de développement: perspective clinique, investigations expérimentales", *ANAE, 36*, 17-22.
Plaza, M. (1999), „Les troubles d'apprentissage chez l'enfant, un problème de santé publique", *Actualité et dossier en santé publique, 26*, 33-34.
Plaza, M. (2001), „Pour un modèle intégratif des dyslexies de l'enfant", *Psychologie et éducation, 47*, 79-92.
Plaza, M. & Guitton, C. (1996), „Troubles de la Gestalt chez un enfant de 12 ans. Approche cognitive et psychopathologique", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 44* (5), 188-196.
Plaza, M., Rigoard, M.-T., Chevrie-Muller, C., Cohen, H. & Picard, A. (2001), „Short term memory impairment and unilateral dichotic listening extinction in a child with Landau-Kleffner syndrome: Auditory or phonological disorder", *Brain and Cognition*, 235-240.
Poirier-Littre, M.-F. (1990), „Implication du métabolisme de la sérotonine dans la dépression", *Psychiatrie et psychobiologie, 5* (3), 179-185.
Poppelreuter, W. (1990), *Disturbances of lower and higher visual capacities caused by occipital damage*, Oxford (UK), Clarendon (trad. J. Zihl, L. Weiskrantz, din *Die psychischen Schädigungeng durch Kopfschuss im Kriege 1914-1916*, Leipzig, Voss, 1917).

Pouchot, J., Guillemin, F., Coste, J., Brégeon, C., Sany, J. şi grupul „Qualité de vie en rhumatologie" (1996), „Validation de l'échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde (EMIR): un instrument de mesure de qualité de vie spécifique des affections rhumatismales", in J.-P. Moatti, *Recherche clinique et qualité de vie*, Paris, Flammarion.

Poussin, G. (1992; ed. a treia revăzută şi adăugită, 2003), *La pratique de l'entretien clinique*, Paris, Dunod.

Poussin, G. (2003; ed. a treia), *La pratique de l'entretien clinique*, Paris, Dunod.

Prévost, C. (1973), *Janet, Freud et la psychologie clinique*, Paris, Payot.

Prévost, C. (2006, ed. a cincea), *La psychologie clinique*, Paris, PUF, col. „Que sais-je?".

Prochaska, J. O. & DiClemente, C.C.: (1986), „Toward a comprehensive model of change", in W: R. Miller & N. Heather (ed.), *Treating addictive behaviors*, New York, Plenum.

Psychologie française 2000, centenar Parot Bonnet.

Quintard, B. (2001), „Le syndrome de l'intestin irritable: un trouble fonctionnel digestif d'origine psychologique?", in M.-L. Bruchon-Schweitzer & B. Qintard, *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*, Paris, Dunod.

Rainville, M.-C. & Volle, M. (1998), „Adaptation francophone du Test de Boder sur les processus de lecture-ecriture", *Revue québécoise de psychologie, 19* (1), 19-40.

Raven, J. C. (1996), *Raven's progressive matrices: A perceptional test of intelligence*, Oxford (UK), Oxford Psychology Press.

Razavi, D. & Delvaux, N. (1998), *Psycho-oncologie*, Paris, Masson.

Reb, V. & Trognon, A. (1986), „L'adherence au discours de l'autre. Analyse pragmatique d'une conversation avec un psychotique", *Perspectives psychiatriques, 25* (1), 33-39.

Regnier, F. (1995), „Santé et qualité de vie: l'évaluer, c'est aussi évoluer", *Pratiques psychologiques*, 2, 11-16.

Reitan, R. M. (1958), „Validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage", *Perceptual and Motor Skills, 8*, 271-276.

Reuchlin, M. (1990), *Les différences individuelles dans le développement conatif de l'enfant*, Paris, PUF.

Reuchlin, M. (1998), *Psychologie*, Paris, PUF.

Reuchlin, M. (2006; ed. a nouăsprezecea), *Histoire de la psychologie*, Paris, PUF, col. „Que sais-je?".

Reuchlin, M. & Huteau, M. (1997), *Guide de l'étudiant en psychologie*, Paris, PUF.

Revault d'Allonnes, C. *et al.* (1992), *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod.

Revault d'Allonnes, C. (1999), „Psychologie clinique et démarche clinique", in C. Revault d'Allonnes *et al.*, *La démarche clinique en sciences humaines*, Paris, Dunod, pp. 17-33.

Rey, A. (1941), „L'examen psychologique dans les cas d'encéphalopathie traumatique", *Archives de Psychologie, 28*, 286-340.

Rey, A. (1964), *L'examen clinique en psychologie*, Paris, PUF. *Psihologie generală*, Editura Științifică, București 1999.

Reynolds, W. (1992), *Internalizing disorders in children and adolescents*, New York, John Wiley.

Ricard, M., Cossette, L. & Gouin-Decarie, T. (1999), „Développement social et affectif", in J.-A. Rondal și E. Espéret (ed.), *Manuel de psychologie de l'enfant* (pp. 215-260), Liège, Mardaga.

Richard, J.-F. (1990), *Les activités mentales*, Paris, Armand Colin.

Richelle, M. (1998; ed. a doua), „Construct", in R. Doron și F. Parot (ed.), *Dictionnaire de psychologie*, Paris, PUF, p. 154.

Richhell, M., Parot, I. (2004), *Introduction à la psychologie. Histoire et méthodes*, Paris, PUF.

Rigaux, J. (1993), *La psychologie dans la formation*, Revigny-sur-Ornain: Hommes et perspectives, col. „Le Journal des psychologues / Devenir et exercice".

Rimé, B. (2005), *Le partage social des émotions*, Paris, PUF, col. „Psychologie sociale". *Comunicarea socială a emoțiilor*, Editura Trei, 2007

Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. & Philippot, P. (1998), „Social sharing of emotion / New evidence and new questions", in W. Stroebe & M. Hewstone (ed.), *European Review of Social Psychology*, vol. 9, 145-189, Chichester, Wiley.

Ringard, C. (2002), *À propos de l'enfant «dysphasique» et de l'enfant «dyslexique»*, Rapport à Mme la Ministre déléguée chargée de l'Enseignement scolaire.

Rioux, A. & Saint-Hilaire, F. (2002), *Guide de la psychologie br@nchée*, Québec, Éd. Option Santé.

Rizzo, L. & Spitz, E., (2002), „Qualité de vie, santé et maladie", in G.N. Fischer (dir.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 283-299.

Robert, M. (1998, ed. a treia), „Validité, variables et contrôle", in M. Robert (ed.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Saint-Hyacinthe, Paris, Édisem-Maloine, pp. 79-118.

Robert-Tissot, C. (1997), „Pratique et recherche", in R. Perron, *La pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, pp. 261-312.

Rogé, B. (2003), „L'autisme et la déficience intellectuelle", in M.-J. Tassé & D. Morin (ed.), *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Gaëtan Morin, pp. 23-37.

Rogé, B. & Chabrol, H. (2003), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Belin.

Rogers, C. (1942), *La relation d'aide et la psychothérapie*, Paris, ESF.

Rogers, C. R. (1957), „The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change", *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.

Rogers, C. R. (1961), *On becoming a person*, Boston, Houghton Mifflin. *A deveni o persoană*, Editura Trei, 2008

Rogers, C. (1963), „La relation thérapeutique: les bases de son efficacité", *Bulletin de psychologie, 17*, 12-14.

Rohkamm, R. (2005), *Atlas de poche de neurologie*, Paris, Flammarion, „Médecine-Sciences".

Rosenstock, I. M. (1974), „The health belief model and preventive health behavior", *Health Education Monographs, 2* (4), 354-386.

Rotter, J. B. (1966), „Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement", *Psychological Monographs, 80* (1), *Ensemble*, nr. 609.

Roudinesco, E. (1982), *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France*, vol. 1 și 2, Paris, Ramsay.

Rutter, M. (1979), „Prospective factors in children's responses to stress and disadvantage", in W. M. Kent & J. E. Rolf (ed.), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children*, vol. 3, Hanovra, University Press of New England, pp. 49-74.

Rutter, M. (1987), „Psychosocal resilience and protective mechanisms", *American Journal of Orthopsychiatry, 37*, 316-331.

Rutter, M., Quinton, D., Hill, J. (1990), „Adult outcome of institution reared children", in L. Robins & M. Rutter (ed.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*, Cambridge, Cambridge University Press.

Rutter, M. (1985), „Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder", *British Journal of Psychiatry, 147*, 598-611.

Sabourin, M. & Bélanger, D. (1988, ed. a treia), „Règles de déontologies en recherche", in M. Robert (ed.), *Fondements et étapes de la recherche en psychologie*, Saint-Hyacinthe, Paris, Édisem-Maloine, pp. 367-392.

Sabtiago-Delefosse, M. (2002), *Psychologie de la santé. Perspectives qualitatives et cliniques*, Sprimont (Belgia), Pierre Mardaga.

Salazar-Orvig, A. (1987), „Remarques sur la construction de l'espace discursif. L'exemple d'un entretien clinique", *Modèles linguistiques, 9*, 1, 53-63.

Samacher, R. (1995), „La santé", in M.-C. Lambotte (dir.) (1995), *La psychologie et ses applications pratiques. Spécialités et professions: leur histoire et leur statut. Filières et formations. Déontologie. Débouchés et perspectives*, Paris, Éd. de Fallois, Le Livre de poche, col. „Références", pp. 21-76.

Sandifer, M. G., Hordern, A. & Green, L. (1970), „The psychiatric interview: The impact of the first three minutes", *American Journal of Psychiatry, 126*, 968-973.

Sanzana, A. (1997), „Méthodes et techniques", in R. Perron (dir.), (1997), *La pratique de la psychologie clinique*, Paris, Dunod, pp. 119-154.

Salthouse, T. A. (1991), *Theorical perspectives in cognitive aging*, Hillsdale (NJ), Lawrence Erlbaum.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basha, R. B. & Sarason, R. (1983), „Assessing social support: The social support questionnaire", *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 1, 127-139.

Schauder, S. (dir.) (2004). *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui.* Paris: Dunod.

Schauder, S. (dir.) (2096 *a*). *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui*, t. 1: *Enfants et adolescents*. Paris: Dunod (refonte de la 1™ éd., revue et augmentée).

Schauder, S. (dir.) (2000 *b*). *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui*, t. 2: *Adultes et personnes âgées*. Paris: Dunod (refonte de la 1™ éd., revue et augmentée).

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985), „Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies", *Health Psychology, 4*, 219-247.

Shekelle, R. B., Hulley, S. B., Neaton, J. D., Billings, J. H., Borhani, N.O., Gerace, T. A., Jacobs, D. R., Lasser, N. L., Mittlemark, M.B. & Stamler, J. (1985), „The MRFIT behavior pattern study. II. Type A behavior and incidence of coronary heart disease", *American Journal of Epidemiology, 122* (4), 559-570.

Schmidt-Kitsikis, E. (1999), *Pour introduire la psychologie clinique*, Paris, Dunod.

Schmidt, M. (1996), *Rey auditory and verbal learning test. A handbook*, Los Angeles, Western Psychological Services.

Schraub, S., Mercier, M. & Arveux, P. (1996), „Point de vue pour l'évaluation de la qualité de vie en cancérologie", in J. P. Moatti (ed.),

Recherche clinique et qualité de vie, Paris, Flammarion, col. „Médecine-Sciences", pp. 87-90.

Schröder, K.E.E. & Schwarzer, C. (2001), „Do partners' personality resources add to the prediction of patients' coping and quality of life?", *Psychology and Health, 16*, 2, 139-159.

Schwarzer, R. & Schwarzer, R. (1996), „A critical survey of coping instrument", in M. Zeidner și N. S. Endler (edit), *Handbook of coping: Theory, research and applications*, New York, Wiley, pp. 107-132.

Schwarzer, R. & Schröder, K. E. E. (1997), „Social and personal coping resources as predictors of quality of life in cardiac patients", *Revue européene de psychologie appliquée, 47*, 2, 131-135.

Scott, S. (1999), „Fragmented selves in late modernity: Making sociological sense of multiple personalities", *Sociological Review: Keele, 47* (3), 432-460.

Scoville, M. C. (1942), „Wartime tasks of psychiatric social workers in Great Britain", *American Journal of Psychiatry, 99*, 358-363.

Séchaud, E. *et al.* (1999), *Psychologie clinique. Approche psychanalytique*, Paris, Dunod.

Seligman, M. E. P. (1995), „The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Reports* study", *American Psychologist, 50*, 965-974.

Seltzer, A. (1994), „Multiple personality: A psychiatric misadventure", *Canadian Journal of Psychiatry, 39* (7), 442-45.

Serafica, F. C. & Vargas, L. A. (2006), „Cultural diversity in the development of child psychopathology", in D. Cicchetti & D. J. Cohen (ed.), *Developmental psychopathology*, ed. a doua, vol. 1: *Theory and method* (pp. 588-626), Hoboken, Wiley & sons.

Seron, X. & Jeannerod, M. (1994), *Neuropsychologie humaine*, Liège, Mardaga.

Seron, X. & Van der Linden, M. (2000), „L'anamnèse et l'évaluation neuropsychologique de base", in X. Seron & M. Van der Linden (ed.), *Traité de neuropsychologie clinique*, pp. 79-94, Marseille, Solal.

Shore, S. (2003), „My life with Asperger Syndrome", in R. W. DuCharme și T. P. Gullotta (ed.), *Asperger Syndrome. A guide for professionals and families*, New York, Kluwer Academic.

Sifneos, P. E. (1973), „The prelavence of alexithymic caracteristics in psychosomatic patients", *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*, 255-262.

Signoret, J. L. & Hauw, J.J. (1991), *Maladie d'Alzheimer et autres démences*, Paris, Flammarion, col. „Médecine-Sciences".

Simpson, J. A., Weiner, E.S.C. (ed.), (1989), *The Oxford Eglish Dictionary*, vol. XIII (ed. a doua), Oxford, Clarendon Press.

Skinner, B. F. (1953), *Science and human behavior*, New York, Macmillan.

Smith, A. (1962), „Psychodiagnosis of patients with brain tumors", *Journal of Nervous and Mental Disease, 135*, 311-326.
Spearman, C. (1904), „«General intelligence» objectively determined and measured", *American Journal of Psychology, 15*, 201-293.
Spielberger, C. D., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970), *Manuel for the state-trait anxiet inventory*, Palo Alto (CA), Consulting Psychologists Press.
Spitz, E. (1999), „Les questionnaires dans l'approche quantitative en psychologie de la santé", *Pratiques psychologiques, 4*, 77-97.
Spitz, E. (2002), „Les stratégies d'adaptation face à la maladie", in G.-N. Fischer (ed.), *Traité de pschologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 261-282.
Spitz, E. (2004), „Modèle des buts relatifs aux comportements de santé. Processus d'autorégulation", *Psychologie française, 48*, 3, 19-28.
Stern, D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.
Stern, D. (2000), „Accordage affectif", in D. Houzel, M. Emmanuelli, F. Moggio (ed.), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant*, Paris, PUF.
Stoller, R. (1984), „La perversion et le désir de faire mal", *Nouvelles Revue de psychanalyse, 29*, 164-172.
Stréri, A. (1999), „Développement des perceptions", in J.-A. Rondal și E. Espéret (ed.), *Manuel de psychologie de l'enfant*, Liège, Mardaga, pp. 261-308.
Stroop, J. R. (1935), „Studies of interference in serial verbal reactions", *Journal of Experimental Psychology, 18*, 643-662.
Sultan, S. (2004), *Le diagnostic psychologique*, Paris, A.-M. Frison-Roche.
Surtees, P., Wainwright, N., Luben, R., Khaw, K.-T. & Day, N. (2003), „Sens of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospectiv cohort study", *American Journal of Epidemiology*, 158, 1202-1209.
Sutton, S. (1998), „Predicting and explaining intentions and behaviour: How well are we doing?", *Journal of Applied Social Psychology, 28* (15), 1317-1338.
Sutton, S., Baum, A. & Johnston, M. (2004), *The SAGE Handbook of Health Psychology*, Londra, SAGE Publications Ltd.
Swendsen, J. & Bourgeois, M. (1999), „Les observations de cas cliniques: leçons pour les recherches empiriques", *L'Encéphale, XXV*, 16-20.
Tallal, P., Miller, S. L., Bedi, G., Byma, G., Wang, X., Nagarajan, S., Schreiner, C., Jenkins, W. & Merzenich, M. (1996), „Language comprehension in laguage-learning impaired children improved with acoustically modified speech", in *Science, 271*, 81-83.
Tap, P. & Vasconcelos, M.-L. (2004), *Précarité et vulnérabilité psychologique*, Fandaçao Bissaya Barreto, Ramonville-Saint-Agne, Erès.

Tarquinio, C. & Fischer, G.-N. (2001), „Therapeutic compliance methodologies in HIV-infection treatement: A comparative study", *Swiss Journal of Psychology, 60* (3), 136-160.

Tarquinio, C., Fischer, G.-N. & Barracho, C. (2002), „Le patient face aux traitements: compliance et relation médecin-patient", in G.-N. Fischer (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.

Tarquinio, C., Constantini, M. L. & Fischer, G.-N. (2002), „Soutien social et prise en charge psychologique", in G.-N. Fischer (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.

Tarquinio, C., Fischer, G. N. & Grégoire, A. (2000), „La compliance chez des patients atteints par le HIV: validation d'une échelle française et mesure de variables psychosociales", *Revue internationale de psychologie sociale, 13* (2), 61-91.

Tassé, M-J. & Morin, D. (2003), „L'étiologie", in M.-J. Tassé & D. Morin, *La déficience intellectuelle*, Boucherville, Gaëtan Morin, pp. 23-37.

Taylor, G. J, Ryan, D. P. & Bagby, R. M. (1985), „Toward the development of a new self-report alexithymia scale", *Psychotherapy and Psychosomatics, 44*, 191-199.

Temoshok, L. (1990), „On attempting to articulate the biopsychosocial model: Psychological-physiological homeostasis", in H. S. Friedman (ed.), *Personality and Disease*, cap. 9, New York, Wiley, pp. 203-225.

Teuber, H.-L. (1948), „Neuropsychology", in H. S. Harrower (ed.), *Recent advances in diagnostic psychological testing*, Springfield (Ill.), R. Thomas.

Tomes, R. (1857), *The Americans in Japan. An abridgement of the government narrative of the United States expedition to Japan under Commodore Perry*, New York, D. Appleton & Co.

Touati, A. (dir.), *Les psychologues et la société*, număr *hors série* din *Journal des psychologues*, Actes du 2e Forum professionnel des psychologues din 22-24 iunie 1984, Éd. Psychologie et Avenir.

Touati, A. (1993, ed. a doua), *Devenir psychologue*, Revigny-sur-Ornain, Hommes et perspectives, col. „Le Journal des psychologues / Devenir et exercice".

Tourrette, C. & Guidetti, M. (1994), *Introduction à la psychologie du développement: du bébé à l'adolescent*, Paris, Armand Colin.

Trimpop, R. M. (1994), *The psychology of the risk taking behavior*, Amsterdam, North-Holland.

Trognon, A. (1987), „Débrayages conversationnels", *DRLAV-Revue de linguistique, 36-37*, 105-122.

Trognon, A. (1992), „L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive", *Psychologie française, 37*, 3-4, 191.

Truchon, D. & Fischer, G. N. (2002), „Santé et travail", in G.-N. Fischer (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 513-532.

Truelle, J.-L., Marinescu, M. & Rusina, R. (2004), „A fast clinical screening of higher functions: From MMSE to BNIS", *Barrow Quarterly, 20*, 2, 19-26.

Tulving, E. (1983), *Elements of episodic memory*, New York, Oxford University Press.

Turk, D. C. & Salovey, P. (1988), *Reasoning, inference and judgement in clinical psychology*, New York, The Free Press.

Turkle, Sherry (1978), *La France freudienne*, Paris, Grasset.

Van Grunderbeeck, N. (1999), „Les troubles d'apprentissage", in E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot și M. Tousignant (ed.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*, Montréal, Gaëtan Morin, pp. 349-365.

Van der Linden, M., Danion, J.-M. & Agniel, A. (2000), *La psychopathologie: une approche cognitive et neuropsychologique*, Marseille, Solal.

Wallon, H. (1941), *L'évolution psychologique de l'enfant*, Paris, Armand Colin. H. Wallan, *Evoluția psihologică a copilului*, Editura Didactică și Pedagogică, 1975

Wallston, K. A. (2001), „Conceptualization and operationalization of perceived control", in A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (edit.), *Handbook of health psychology* (pp. 49-58), Mahwah (NJ), Erlbaum.

Ware, J. E. (1993), „Measuring patients' view: The optimum outcome measure", *British Medical Journal, 306*, 1429-1430.

Watson, J. B. & Rayner, R. (1920), „Conditioned emotional reactions", *Journal of Experimental Psychology, 3*, 1-14.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1972), *Une logique de la communication*, Paris, Le Seuil.

Wechsler, D. (1944, ed. a treia), *The measurement of adult intelligence*, Baltimore (MD), Williams & Wilkins.

Wechsler, D. A. (1997, ed. a treia), *Échelle clinique de mémoire de Wechshler*, Paris, Les Éditions du Centre de psychologie appliquée.

Widlöcher, D. & Hardy-Baylé, M.-C. (1990), „L'entretien psychanalytique", *Psychologie française*, 35-3, 175-183.

Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996), „The illness perception questionnnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness", *Psychology and Health, 11* (3), 431-445.

Weinman, J. & Figueiras, M.-J. (2002), „La perception de la santé et de la maladie", in G.-N. Fischer (ed.), *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod, pp. 117-133.

Wenar, C., Kerig, P. (2000, ed. a patra), *Developmental psychopathology. From infancy through adolescence*, Boston, McGraw-Hill.

Werner, E. (2000), „Protective factors and individual resilience", in J. P. Shonkoff și S. J. Meiseils (ed.), *Handbook of early childhood intervention* (ed. a doua), Cambridge, Cambridge University Press.

Widlöcher, D. (1990), „Le cas au singulier", *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 42, 285-302.

Wiens, A. N., Fuller, K. H. & Crossen J. R. (1997), „Paced auditory serial addition tests: Adult norms and moderator variables", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *19*, 473-483.

Wilson, B. A., Clare, L., Baddeley, A. D. *et al.* (1999), *The Rivermead Behavioural Memory Test Extended Version*, Bury St. Edmunds (UK), Thames Valley Test.

Wilson Dallas, M. E. & Baron, R.S. (1985), „Do psychotherapists use a confirmatory strategy during interviewing?", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 3, 106-122.

Winnicott, D. W. (1975), *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard. *Joc și realitate*, Editura Trei, 2006

Zahn-Waxler, C., Crick, N. R., Shirtcliff, E. A. & Woods, K. E. (2006), „The origins and development of psychopathology in females and males", in D. Cicchetti & D. J. Cohen (ed.), *Developmental psychopathology*, ed. a doua, vol. 1: *Theory and method*, Hoboken, John Wiley & Sons, pp. 76-138.

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lexic

Însoțire terapeutică: prin această expresie este desemnat momentul în care un profesionist însoțește un copil sau un adult care prezintă o patologie spre un loc de îngrijiri sau de educație.

Burn out: epuizare profesională. Sub presiunea stresului, cadrul medical dezvoltă o imagine de sine negativă și suferă o pierdere de interes față de pacient, acest proces nepermițându-i să-și mai îndeplinească principala misiune.

Clivaj (referențial psihanalitic): „Mecanism descris de Melanie Klein și considerat de către aceasta ca fiind cea mai primitivă apărare împotriva angoasei: obiectul (...) este scindat într-un obiect „bun" și unul „rău" (...)" (Laplanche și Pontalis, *Vocabulaire de la psychanaliyse*, Paris, PUF, 1967, p. 67) vezi și *Vocabularul psihanalizei*, Humanitas, 1994.

Consultații grupale: utilizate în cadrul consultațiilor de etnopsihologie sau de etnopsihiatrie, acestea le permit pacienților din culturile tradiționale extra-occidentale să regăsească puțin din atmosfera îngrijirii de către întregul grup social (rude, prieteni, vecini) a problematicilor personale și a patologiilor individuale care au loc în cultura lor de origine. Funcționează cu mai mulți coterapeuți și un terapeut principal care este interlocutorul privilegiat al persoanei sau al familiei. În plus, prezența unui traducător îngăduie uneori ca toată consultația să se poată desfășurta în limba maternă a persoanei care consultă.

Contratransfer (referențial psihanalitic): „Ansamblu al reacțiilor inconștiente ale analistului la persoana analizatului și mai ales la transferul acestuia" (Laplanche și Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967, p. 103).

Grup Balint: este un grup de lucru (grup restrâns de participanți) destinat profesioniștilor, organizat în jurul unui reflecții asupra practicii. Aceste grupuri funcționează în mod anierarhic, iar fiecare vorbește liber. Un animator de grup care are o pregătire specifică pentru conducerea unor asemenea grupuri asigură funcția de „conținător" al punctelor de vedere exprimate și veghează la distribuirea adecvată a luărilor de cuvânt.

BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

Idealizare (referențial psihanalitic): „Proces psihic prin care calitățile și valoarea obiectului sunt duse la perfecție" (Laplanche și Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1967, p. 186).

Ședință de psihodramă: acest dispozitiv pune în scenă un pacient, uneori mai mulți, și terapeuți parteneri în jocul dramatic. „Conducătorul de joc" este un terapeut care nu joacă și, așa cum îi arată numele, conduce jocul. Psihodrama de inspirație psihanalitică este utilizată, printre alte metode, pentru a le permite tendințelor profunde să se exprime, sub formă de joc teatral, eliberând astfel subiecții de *agresivitatea* sau de *angoasele* lor.

Terapii familiale: tehnică psihoterapeutică ce înscrie tulburările subiectului în cadrul propriului anturaj familial, și el invitat la cură.

Adesea, este fundamental să existe o viziune extinsă asupra problemei psihologice a unui pacient. Poftindu-l pe acesta împreună cu *familia* sa și lăsându-i pe toți membrii să se exprime liber, terapeutul are astfel acces la un soi de teatralizare a scenelor familiale curente.

Acestea pot să fie atunci analizate cu instrumente psihanalitice sau explicate prin teoriile *comunicării*.

Transfer (referențial psihanalitic): „Desemnează, în psihanaliză, procesul prin care dorințele inconștiente se actualizează pe anumite obiecte în cadrul unui anumit tip de relație stabilită cu ele și eminamente în cadrul relației analitice. Este vorba despre o repetiție a unor prototipuri infantile, trăită cu un sentiment de marcată actualitate" (Laplanche și Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, p. 492).

Vizită mediatizată: este vorba despre un dispozitiv menit să le permită unor părinți ai căror copii sunt plasați sub tutelă printr-o hotărâre judecătorească să-i întâlnească într-un cadru specific și în prezența unui profesionist, în general psiholog.

BCU IASI / CENTRU UNIVERSITAR

Index tematic

A

Accident vascular cerebral, 335, 344, 345
Adaptare, 53, 69, 74, 93, 107, 109, 120, 133, 143, 157, 188, 200, 201, 206, 207, 278, 300, 304, 336, 344, 346, 359, 362, 365, 371, 373, 400
Afazii, 320, 323, 324, 328
Afectiv, 59, 84, 85, 216, 218, 368, 370
Agnozii, 326, 327, 328
Analiză de discurs, 270, 271
Anduranță, 205, 207
Anosognozie, 326, 330, 339, 345
Anxietate, 43, 61, 121, 155, 175, 201, 237, 260, 345, 358, 359, 363, 372, 377
Apraxii, 331, 332
Argumentare, 273
Articulare, 95, 97, 98, 99, 100, 103, 279, 322
Ascultare, 34, 88, 236, 238, 328
ASE, 233
Asimetrie, 227, 246
Asperger, 95, 96, 116, 123, 124, 412, 415, 426
Atașament, 61, 103, 116, 201, 370
Ateliere cu medieri, 199
Autism infantil, 8, 116
Autoreglare, 17, 352, 374, 379, 383, 385

B

Behaviorism, 70

C

Cadru, 52, 53, 75, 96, 138, 141, 185, 217, 220, 222, 235, 240, 242, 259, 307, 356, 381, 432
Calitate de viață, 362, 363
Cercetare, 30, 42, 49, 55, 149, 209, 226, 231, 237, 241, 242, 243, 244, 262, 280, 281, 287, 293, 346
Cercetare (și practică clinică), 395
Cercetare cu caz unic,14, 282, 284, 285
Cerebral, 81, 84, 85, 301, 306, 335, 341, 344, 345
Cerere, 182, 240, 257, 334
CFTMEA-R-2000, 104
Clasificare internațională a maladiilor, 94, 149
Co-construcție, 266
Cognitivă, 16, 50, 51, 64, 65, 67, 72, 80, 86, 155, 194, 198, 211, 228, 229, 300, 304, 307, 344, 353, 354, 371, 372, 378, 383, 393
Complianță terapeutică, 352, 354, 386, 389, 395
Comportament, 9, 38, 43, 44, 71, 72, 75, 76, 87, 116, 125, 126, 128, 132, 135, 157, 174, 179, 183, 185, 186, 187, 200, 214, 216, 305, 307, 336, 339, 344, 345, 353, 354, 355, 362, 363, 381, 382, 384, 385, 386, 390, 419
Comunicare, 59, 62, 73, 94, 100, 116, 117, 118, 120, 125, 126, 131, 133, 225, 241, 245, 271, 279, 281, 295, 301, 306, 368, 370, 371
Consemn, 12, 238, 243

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Consimţământ în cunoştinţă de cauză, 77, 140, 234, 294
Consultaţia directivă, 12, 237, 238, 239, PB 244, 248, 282
Convenţie de stagiu, 309, 310
Coping, 16, 141, 350, 352, 361, 362, 369, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 395, 397, 400, 401, 403, 406, 414, 416, 417, 418, 420, 422, 425, 426
Credinţe, 70, 72, 73, 201, 216, 235, 248, 251, 258, 266, 274, 281, 349, 353, 354, 355, 362, 373, 380, 381, 386, 389, 392, 394
Creier, 49, 81, 82, 301, 307, 341

D

Deficienţă intelectuală, 97, 107, 116, 121, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 193, 351
Demenţă, 9, 122, 167, 304, 305, 306, 312, 333, 335, 339, 340, 341
Deontologie, 12, 22, 234, 311
Depresie, 43, 44, 46, 63, 72, 138, 140, 160, 162, 169, 170, 171, 172, 181, 183, 198, 201, 237, 252, 284, 359
Diagnostic, 6, 7, 8, 9, 21, 35, 36, 37, 43, 45, 55, 56, 64, 88, 92, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 103, 105, 107, 110, 118, 119, 124, 131, 137, 140, 146, 149, 151, 157, 162, 165, 171, 185, 228, PB 244, 253, 260, 263, 264, 303, 308, 326, 331, 339, 343, 388, 396, 419, 427, 428
Diateză-stres, 195
Disgrafie, 112
Dislexie, 8, 79, 81, 84, 85, 108, 109
Distanţă, 19, 59, 159, 164, 220, 259, 280
DSM-IV-TR ,95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 108, 111, 112, 113, 114, 116, 120, 121, 122, 123, 124, 132, 149, 397

E

Eficacitate personală, 16, 354, 362, 363, 385, 390
Emoţie, 51, 76, 216, 302, 344, 348, 370, 374, 375, 378, 381
Empatie, 35, 185, 236, 238, 389
Empowerment, 16, 133, 353, 355, 356, 394, 405
Eşantionare, 284, 288, 289, 290, 291
Etică, 6, 14, 22, 46, 49, 53, 293, 295, 346
Eu, 31, 36, 39, 49, 65, 69, 73, 79, 104, 139, 140, 144, 155, 156, 168, 181, 184, 202, 205, 249, 251, 253, 260, 278, 302, 305, 339, 340, 381, 393, 414, 420, 423, 426
Evaluare multidimensională, 93
Evenimente de viaţă, 16, 17, 39, 59, 75, 77, 83, 93, 130, 133, 163, 165, 181, 185, 192, 194, 196, 202, 204, 219, 220, 233, 249, 264, 267, 284, 293, 308, 317, 348, 349, 351, 352, 356, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 369, 375, 377, 378, 379, 381, 382, 383, 384, 385, 387, 390, 391, 394
Examen psihologic, 30
Exces de neutralitate, 13, 232, 260
Experienţă ,30, 41, 75, 85, 152, 155, 156, 219, 244, 258, 259, 318, 380

F

Feedback, 58, 59, 60, 62, 378, 383
Funcţii executive, 15, 335, 336, 337, 338, 340, 341, 344

G

Genetică, 47, 64, 79, 81, 84, 88, 101, 110, 119, 176, 195, 205, 351, 378

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Gestalt, 52, 54, 76, 420, 421
Grup de discuție, 54, 431

H

Health Belief Model, 353, 409, 424
Heller, 9, 122
Hipnoză, 68, 181

I

Iatrogenie, 265
Inconștient, 32, 39, 72, 142, 144, 173
Integrativ, 21, 52, 87, 352
Interacțiune, 32, 44, 58, 60, 62, 71, 81, 146, 154, 198, 205, 213, 226, 235, 247, 265, 268, 281, 350, 351, 357, 359, 360
Interpretări, 37, 38, 72, 153, 155, 251, 253, 254, 294, 375
Intervenție, 9, 11, 82, 83, 113, 132, 133, 134, 135, 191, 195, 200, 201, 202, 214, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 241, PB 244, 251, 270, 278, 362Ipoteze 31, 36, 37, 50, 58, 73, 85, 226, 228, 230, 231, 232, PB 244, 263, 264, 267, 271, 275, 279, 283, 286, 287, 292

Î

Împărtășire socială a emoțiilor, 33, 49, 66, 70, 72, 76, 77, 85, 153, 180, 216, 229, 235, 238, 244, 269, 302, 314, 348, 349, 350, 351, 352, 358, 360, 361, 369, 370, 371, 372, 375, 379, 381, 386, 395
Împlinire, 206, 207, 238, 369, 375
Întrebări, 12, 13, 27, 33, 37, 64, 117, 136, 150, 151, 157, 208, 233, 237, 238, 240, 241, 243, 244, 245, 246, 247, 249, 251, 254, 259, 261, 262, 264, 277, 278, 282, 283, 285, 287, 295, 307, 309, 318, 385
Învățare școlară, 8, 62, 63, 70, 71, 72, 79, 80, 81, 84, 85, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 126, 127, 128, 131, 194, 221, 303, 314, 315, 319, 341, 344, 345, 356

L

Landau-Kleffner, 7, 87, 88, 95, 101, 102, 421
Legea nr., 85-772 din 25 iulie 1985, 311
Limbaj, 13, 33, 36, 57, 79, 82, 83, 84, 87, 94, 99, 100, 102, 113, 117, 120, 122, 123, 126, 127, 128, 133, 159, 225, 228, 235, 255, 259, 268, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 279, 301, 305, 324, 325, 329, 335
Liniștire, 182

M

Maltratare, 88, 216
Marcatori lingvistici, 270, 271, 272, 273, 274, 275
Membru fantomă, 329
Modalități, 12, 21, 58, 61, 83, 84, 106, 107, 133, 139, 145, 146, 153, 197, 198, 225, 226, 235, 237, 239, 242, 243, 273, 280, 314, 316, 317, 318, 362
Model al credințelor despre sănătate (HBM), 353, 354, 390
Model de self-reglare, 17, 379, 386
Model sociopsihofiziologic, 351
Modular, 50
Motricitate, 88, 114, 335
Mutism, 7, 62, 68, 103, 159, 324, 338

N

Neglijență spațială, 327, 333

Neurologie, 18, 88, 299, 305, 310, 346, 347, 400, 401, 403, 415, 424
Neuroştiinţe, 6, 18, 21, 29, 42, 54, 65, 85, 88, 133, 299, 304, 345, 346, 352
Neuropsihologie, 80, 88, 228, 299, 300, 301, 304, 309, 310, 325, 336, 342, 346
Nondirectivitate, 236, 238, 260

O

Obiectivare, 54, 56
Observaţie, 55, 57, 93, 253, 291

P

Pluridisciplinar, 88, 345
Polihandicap, 9, 132
Problematică, 164, 170, 213, 228, 258, 285, 286, 392
Program informatic ALCESTE, 274
Program informatic, TROPES 282
proiect de cercetare, 14, 277, 285, 290, 293, 294
Protecţie, 11, 93, 134, 143, 166, 168, 180, 199, 205, 208, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 222, 234, 286, 352, 368
Psihanaliză, 26, 28, 29, 39, 40, 54, 55, 56, 64, 228, 280, 283, 286, 432
Psihologia clinică, 5, 6, 21, 25, 27, 28, 29, 31, 32, 36, 37, 39, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 55, 56, 64, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 277, 278, 279, 280, 299, 303, 310
Psihologie a sănătăţii, 18
Psihopatologie instituţională, 28
Psihopatologie secundară, 6, 62
Psihoterapie, 31, 64, 65, 72, 78, 87, 105, 229, 279

R

Reeducare, 15, 62, 82, 105, 115, 303, 305, 307, 343, 344, 345
Referent, 228
Referenţial, 248, 391, 431, 432
Referinţă, 39, 77, 148, 155, 228, 372, 391
Relaţie terapeutică, 71
Reprezentări cognitive, 380
Retard, 7, 8, 9, 60, 92, 94, 96, 98, 99, 101, 106, 111, 113, 114, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 131, 133, 396
Rett, 8, 95, 115, 121
Rezilienţă, 11, 39, 62, 77, 134, 191, 193, 195, 197, 199, 201, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 213, 215, 217, 218, 219, 221, 222, 239, 364, 377
Risc, 11, 64, 78, 92, 93, 96, 105, 108, 124, 129, 141, 145, 159, 160, 161, 163, 169, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 208, 211, 212, 213, 214, 217, 218, 222, 243, 251, 258, 338, 349, 352, 357, 359, 384, 395

S

Scleroză în plăci, 343
Secret profesional, 12, 233
Semeiologie, 6, 7, 8, 9, 97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 106, 109, 111, 112, 114, 116, 121, 122, 123, 125, 128
Semidirectivă, 239, PB 244, 282, 387
Simţ al coerenţei, 205, 206
Sindrom, 7, 8, 9, 10, 11, 87, 88, 95, 101, 121, 122, 123, 124, 130, 131, 140, 154, 158, 161, 166, 168, 169, 172, 177, 178, 179, 183, 187, 188, 256, 308, 314, 335, 338, 340, 341, 343

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Sine, 30, 32, 36, 37, 41, 61, 63, 70, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 106, 109, 115, 139, 142, 143, 144, 145, 147, 150, 151, 159, 163, 166, 168, 174, 177, 182, 184, 185, 186, 202, 205, 212, 214, 217, 221, 233, 235, 260, 261, 265, 266, 331, 356, 363, 366, 368, 371, 373, 382, 390, 393, 431
Sistemic, 6, 73
Stresori ai vieții cotidiene, 349, 366, 367, 372
Studiu de caz, 33, 87
Suicid, 55, 159, 160, 178, 194, 195, 198
Susținere, 11, 71, 84, 93, 113, 115, 125, 127, 195, 212, 216, 217, 218, 220, 221, 229, 241, PB 244, 345, 368, 369, 374, 375, 377

Ș

Ședințe de sinteză, 41, 302, 337

T

Tăcere, 67, 88, 227
Teorie a acțiunii raționale, 39, 76, 138, 146, 192, 228, 229, 353, 354, 411
Teste, 28, 30, 33, 35, 36, 37, 41, 54, 55, 56, 58, 63, 83, 88, 93, 106, 107, 111, 112, 225, 228, 237, PB 244, 281, 292, 293, 302, 303, 304, 308, 310, 311, 312, 316, 317, 318, 319, 325, 333, 342, 344
Tip, A 357, 377
Tip, C 16, 357, 360
Traumatisme, 40, 69, 129, 147, 148, 204, 207, 305, 306, 330, 340, 342, 415
Tulburări, 79, 87, 92, 93, 94, 99, 106, 109, 111, 112, 113, 116, 126, 128, 132, 134, 135, 149, 157, 158, 174, 185, 187, 188, 194, 209, 305, 312, 334, 359, 362
Tutore, 294

V

Validare, 255, 256, 295, 311, 366
Validitate, 35, 71, 124, 287, 292, 391
Vulnerabilitate, 9, 11, 16, 62, 84, 145, 147, 154, 161, 166, 191, 193, 194, 195, 197, 199, 201, 203, 205, 207, 209, 211, 213, 215, 219, 221, 239, 351, 358, 364

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Index al autorilor citați

A

Aaronson, N. K. 393, 396
Achenbach 92, 396
Ader, R., 352, 396, 399
Ajuriaguerra 98, 102, 104-105, 396
Ajzen, I., 354-355, 396, 406
Alzheimer, 131, 305, 314, 340-341
Andrejak, M., 387, 397
Anthony 193, 207, 397
Antonovsky, A., 205, 363, 397
Ísberg 194-195, 397
Aunos 129, 397
Austin, T. A., 245, 381, 397

B

Bachevalier 314
Baddeley 314, 397, 410, 430
Badoux-Levy, A., 366, 398
Baldwin 213, 398
Bandura, A., 354, 362, 385, 398
Bateson, 73, 398
Batson, 398
Bazin, 257, 398
Beauchesne, 92, 398
Beck, 72, 198, 398
Bélanger, 424
Bénony, 49, 281, 399, 402
Bernazzani, 216, 399
Bettelheim, 399
Binet, 52, 399
Biondi, 399
Blackwell, 386, 399
Blanchet, 20, 33-34, 227, 245, 270, 275-276, 399, 411-412
Boller, 304, 310, 314-315, 323, 335, 337, 339, 345, 347, 400
Botez-Marquard, 347, 400
Bouchard, 400
Bourgeois, 284, 400, 427
Bourguignon, O., 43, 47, 49, 400-401
Bouvard, 400
Bowlby, 69, 400
Braddock, 400
Brassac, 270, 276
Broca, 301
Bruchon-Schweitzer, M. L., 359, 395, 400, 403
Burke, L. E., 363, 401
Buttny, 401
Bydlowski, 278, 401

C

Cambier, 401
Canguilhem, 53, 401
Carver, C. S., 401, 425
Castarčde, 268
Castro, 311, 402
Cerclé, A., 402
Chabert, C., 402
Chabrol, 97, 115, 135, 423
Chahraoui, 34, 399, 402
Chiland, 227, 268, 276, 402
Cicchetti, 93, 402, 406
Clark, N. M., 402
Cloutier, 403
Coatsworth, 213, 416
Cobb, S., 403, 410
Cohen, S., 51, 110, 372, 396, 398-399, 403, 421
Collins, N. L., 403
Contrada, R. J., 357, 403
Cottraux, 400
Cousson, F., 359-360, 366, 376, 400, 403
Cowan, 93, 403
Cyrulnik, 222, 404

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

D

Damasio, 51, 345, 404
Dantzer, 352, 404
Decety, 236, 404
DeLongis, 404
Dennett, 51, 404
Desaulniers, 218, 412
Doron, 4, 20, 30, 43, 49, 284, 404
Dumas, 91, 97, 129, 135, 405
Dunst, 405
Dwyer, 405

E

Egeland, 397, 405
Eggly, 265, 405
Ellis, 72-73, 405
Engel, G. L., 351, 405
Epstein, R. M., 388, 406
Eustache, 347, 406, 414

F

Favez-Boutonier, 53, 406
Fischer, G. N., 355-356, 365, 369, 387, 395, 402, 406, 408, 417, 423, 427-430
Fishbein, M., 354-355, 406
Flieller, 406
Flores, 406
Fombonne, 406
Fonagy, 216, 406
Ford, M. E., 36, 126, 347, 381-382, 384, 397, 401, 403-404, 407, 410-411, 413-415, 421-422, 429
Freud, 26, 34, 40, 44, 46, 138, 407
Friedman, 407
Fröhlich, 206, 407
Fustier, 407

G

Gall, 301, 407
Garmezy, 212, 407
Geletko, S. M., 387, 407
Gérin, P., 392, 408
Ghiglione, 245, 276, 281, 408
Gil, 308, 310-311, 323, 328, 340, 347, 408
Godin, G., 385, 408
Golderisch, A., 393, 408
Grabot, D., 392, 408
Greer, S., 360, 408
Grossarth-Maticek, R., 357, 360, 408
Guérin-Carnelle, 419

H

Haager, M. S., 381
Habib, 110, 409
Harrison, J. A., 354, 409
Haynes, R. B., 387, 409
Hecaen, 331, 409
Herren, 410
Herrenkohl, 409
Hillers, 393, 410
Holmes, 410
Hook, 247, 265, 410
Horowitz, 363, 410
Houdé, 410
Hunter, 411

I

Ingram, 411
Ionescu, 97, 125, 134, 189, 208-209, 217, 228, 279, 282-283, 286, 288, 411-412, 419

J

Jakobi, 246, 412
Janet, 27, 412, 421
Jones, 412-413
Jorand, N., 274
Jourdan-Ionescu, 134, 286, 411-412, 419
Juniper, E. F., 394, 412

K

Kaës, 412
Kanner, A. D., 8, 116, 118, 366, 412

BUCHAREST CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Karasek, R., 367, 413
Kaufman, 413
Kilstrom, 411
Kimchi, 413
Köhler, 52, 413
Kraemer, 413

L

Lachapelle, 413
Lagache, 27-28, 30, 53, 414
Lazarus, R.S., 16, 366-367, 371-374, 376-377, 404, 406, 412, 414
Lecanuet, 414
Lechevalier, 414
Lecomte, 400, 414
Lécuyer, 414
Legrand, 284, 414
Lejeune, 130
Lemay, 414
Leventhal, H., 16-17, 357, 371, 377-380, 386, 390, 403, 415-416
Lezak, 312, 347, 410, 415
Lighezzolo 365, 415
Luminet, O., 362, 415, 423
Luria, 15, 303, 308, 337, 415
Luthar, 415
Lynch, 201, 402

M

Maes, S., 16-17, 360, 371, 377-378, 381, 384-386, 416, 420
Marcelli, 396, 416
Marie-Grimaldi, 278, 416
Marty, 416
Maslow, 76, 416
Masse, 416
Masten, 206, 402, 416
McCrae, R. R., 375, 417
McGee, R., 359, 417
Meehl, 417
Mehler, 51, 417
Miller, T. Q., 358, 370, 403, 417, 422, 427
Mirabel-Sarron, 417
Misčs, 417
Moeschler, 271, 417
Moos, R. H., 371, 418
Morais, 81, 417
Morin, M., 126, 130, 348, 356, 412-414, 417, 420, 423, 428-429
Moss-Morris, R., 380-381, 418, 430
Mottron, 58, 418
Muller, L., 374, 409, 418, 421
Myers, L. B., 389, 419

N

Nadel, 62, 419
Navelet, 419

O

O'Leary, 403, 419
Oppenheim, 419
Owens, 419

P

Paget, 133, 219, 405
Palacio-Quintin, 412, 419
Panagopoulou, E., 360, 420
Parker, J. D. A., 373, 420
Parkinson, 340
Pedinielli, J.-L., 5, 18, 25, 29-30, 39, 281, 361-362, 406, 420
Perls, 76, 420
Petticrew, M., 366, 420
Philippot, 286, 420, 423
Piéron, 52
Plaza, 55, 57, 63-64, 85, 420-421
Pouchot, J., 394, 421
Poussin, 282, 421
Price, 195, 411
Prochaska, J. O., 385, 422

Q

Quintard, B., 357, 359, 395, 400, 403-404, 422

R

Rainville, 422

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Razavi, D., 393, 422
Reb, 422
Regnier, F., 422
Reinert, 276
Reuchlin, 51-52, 56-57, 422
Revault d'Allones, 54
Rey, 316, 319, 422
Richard, 51, 423
Rimé, B., 369-371, 423
Rizzo, L., 392, 423
Robert, 423
Robert-Tissot, 423
Rogé, 116, 122, 135, 423
Rogers, 74-75, 236, 238, 251, 400, 423-424
Rosenstock, I. M., 353, 424
Rotter, J. B., 362, 424
Rutter, M., 200, 213-214, 364, 424

S

Sabourin, 424
Salazar-Orvig, 247, 424
Salthouse, 389, 425
Samacher, 424
Sandifer, 425
Santiago-Delefosse, 402
Sanzana, 425
Sarason, I. G., 368, 425
Schaffner, 413
Schauder, S., 30, 425
Scheier, M. F., 363, 374, 381, 383, 401, 425
Schraub, S., 393, 425
Schröder, K. E. E., 393-394, 425-426
Schwarzer, R., 362, 373, 376, 393-394, 425-426
Scott, 265, 426
Scoville, 204, 426
Seltzer, 266, 426
Serafica, F. C. 426
Shaw, 419
Shekelle, R. B., 357, 425
Shore, 426
Sifneos, P. E., 361, 426
Simon, 399
Skinner, 70, 426
Spielberger, C. D., 359, 400, 427
Spitz, E. (1999), 16, 18, 348, 374, 376, 378, 384, 392, 418, 423, 427
Stern, 59, 427
Stroop, 427
Surtees, P., 364, 427
Sutton, S., 355, 395, 427
Swendsen, 43, 404, 427

T

Tap, P., 390, 407, 428
Tarquinio, C., 355-356, 369, 387, 395, 406, 428
Tassé, 428
Taylor, G. J., 361, 409, 415, 428
Temoshok, L., 359-360, 428
Trognon, A., 256, 270-271, 422, 429
Truchon, D., 367, 429
Tulving, 429
Turk, 429

V

Van Grunderbeeck, 429
Volle, 109, 422

W

Wallon, 27, 52, 429
Wallston, K. A:, 363, 429
Ware, J. E., 392, 429
Watson, 429
Watzlawick 73, 429
Weinman, J., 380, 418, 430
Wenar, 430
Werner, 211, 430
Widlöcher, 283, 430
Wilson, 71, 419, 430
Winnicott, 40, 48, 69, 430

Z

Zahn-Waxler, 430
Zigler, 213, 415

BCU CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală

Autor: Irina Holdevici

Principiul de bază al psihoterapiei cognitiv-comportamentale se referă la faptul că stările afective negative, cum ar fi depresia, anxietatea, panica, iritarea, precum și comportamentele dezadaptative au la bază modul distorsionat în care oamenii gândesc despre ei înșiși, despre lume și despre viitor. Aceste idei eronate au tendința de a apărea și la persoane cu un nivel intelectual ridicat, persistă chiar în contradicție cu datele realității și conduc la comportamente autoblocante și autodistructive. Demersul terapeutic pune accentul pe tehnicile de restructurare atitudinală, apelând la principiile învățării pentru a obține modificări în sfera comportamentului. Rezolvarea de probleme reprezintă o latură importantă a tratamentului. Psihoterapia este limitată în timp, are obiective clar definite, rezultate evidente, de cele mai multe ori posibil de cuantificat. Terapia cognitiv-comportamentală are rezultate eficiente în tulburările anxioase (anxietate generalizată, atacuri de panică, agorafobie, fobii multiple, fobie socială), depresive, în tulburările post-traumatice de stres, în cele datorate abuzului de substanțe, dar și în cazuri mai complexe cum ar fi, de pildă, tulburările de personalitate.

Irina Holdevici este profesor universitar de psihologie și psihoterapie. A publicat peste 100 de studii și peste 20 de cărți de specialitate. Deține specializări în psihoterapie, psihopatologie și psihologia sportului. Este psihoterapeut formator în psihodiagnostic clinic și psihoterapie și președinte al Societății Române de Sugestie și Hipnoză, vicepreședinte al Colegiului Național de Psihoterapie, membru în Comitetul Director al Federației Europene de Psihologie a Sportului.

BCU CLUJ / UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

2093659

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PSIHOLOGIE

Pe lângă evoluţia conceptelor, teoriilor şi metodelor psihologiei clinice şi psihopatologiei şi elementele de psihopatologie generală (cu menţionarea variantelor terminologice din DSM-IV-TR, ICD-10, CFTMEA-R-2000), urmărind semiologia, etiologia, epidemiologia, diagnosticul diferenţial, tratamentul şi evoluţia bolii prezentate în primele două părţi, *Tratatul de psihologie clinică şi psihopatologie* oferă psihologului clinician instrumente utile desfăşurării activităţii sale. Autorii, toţi clinicieni, pun accent asupra consultaţiei clinice – conducerea ei şi tehnicile de relansare a discursului, stabilirea relaţiei interpersonale, replicile adecvate şi neadecvate în consultaţia clinică – ilustrând cu exemple toate aceste aspecte. Sunt abordate şi tehnicile de analiză a datelor clinice şi elaborarea unui proiect de cercetare clinică. În ultima parte a tratatului sunt incluse domenii conexe psihologiei clinice – neuropsihologia clinică şi psihologia sănătăţii.

MICHÈLE MONTREUIL este profesor de psihologie clinică la Université Paris 8 Vincennes – Saint-Denis.

JACK DORON este profesor de psihologie clinică şi psihopatologie, Université Bordeaux 2.

ŞERBAN IONESCU este profesor de psihopatologie la Université Paris 8 Vincennes – Saint-Denis şi profesor emerit la Université du Québec à Trois-Rivières.

ALAIN BLANCHET este profesor de psihologie clinică la Université Paris 8 Vincennes – Saint-Denis.

9 789737 072511 >

ISBN 978-973-707-251-1

www.edituratrei.ro

BUCUREŞTI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY